

***Masteroppgave for Agnethe Wersland.  
Spesialiseringsemne: Brukermedvirkning***



Universitetet  
i Stavanger

**Institutt for etter- og videreutdanning innen helsefag.  
Erfaringsbasert master i Relasjonsbehandling.**

***Veileder: Andrea Chioqueta Hilmes,  
Psykologspesialist med Phd innen  
selvmordsforebygging.***

Antall ord: 19 248

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING  
E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**

**høst/vår - 2017/2018**

**FORFATTER(e)/MASTERKANDIDAT(er):**

**Agnethe Wersland**

**VEILEDER: Andrea Chioqueta Hilmes**

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel: Hvordan opplever helsepersonellet pasientenes brukermedvirkning, til sammenligning med pasientenes opplevelse av brukermedvirkning?**

**Engelsk tittel: How does the health professionals experience the patient's user-involvement in comparison with the patient's experience of user-involvement?**

**EMNEORD/STIKKORD:**

**Brukermedvirkning, helsepersonell, erfaringer, opplevelser, pasienter, psykiatri.**

**user-involvement, health professionals, experiences, patients, psychiatry.**

**ANTALL SIDER: 125**

**STAVANGER 07.juni 2018**

**Hvordan opplever helsepersonellet pasientenes  
brukermedvirkning, til sammenligning med  
pasientenes opplevelse av brukermedvirkning?**

## FORORD

Dette studiet er en avsluttende masteroppgave på studiet Master i relasjonsbehandling, med fokus på brukermedvirkning, ved Universitetet i Stavanger. Det har vært en lærerik prosess over 3år, hvor mange spennende tema har stått på timeplanen. Studiet har vært krevende å gjennomføre med tanke på at jeg også har vært i full jobb i tillegg, noe som har satt krav til selvdisiplin og planlegging. Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre studiet eller masteroppgaven uten støtte, hjelp og inspirasjon fra en rekke mennesker, som jeg her vil benytte anledningen til å takke.

Familien min; min kjære ektemann Tor Erik og datter Hannah. Uten deres totale støtte, tålmodighet og konstante oppmuntring hadde jeg nok aldri klart å fullføre. Dere har gitt meg pågangsmot og drivkraft når motivasjonen har vært på bunn. Tor Erik, nå lover jeg at du skal få slippe å høre mer om metodeanalyse og matriser, og min elskede Hannah, nå skal mamma legge vekk pcen og være fullt tilgjengelig for deg! Familie er viktigst!

Min veileder; psykologspesialist med phd, Andrea Chioqueta Hilmes som alltid har gitt kyndig veiledning og oppmuntrende ord. Dine veiledningstimer har jeg alltid gått løftet ut av.

Både nåværende og tidligere arbeidsgiver som velvillig har lagt til rette for at jeg skulle kunne gjennomføre studiet. Uten en forståelsesfull arbeidsgiver ville dette ikke vært mulig.

Gode kolleger for nyttige innspill og tilbakemeldinger.

TUSEN TAKK ALLE SAMMEN!

“Ein sjuk mann veit mangt som den sunne ikke anar”

Arne Garborg

## Innholdsfortegnelse.

1.0 Sammendrag.	s.8
1.1 Abstract	s.9
2.0 Innledning	s.10
2.1 Bakgrunn for studiet	s.10
2.2 Formål med studiet	s.12
2.3 Presisering av fokus og problemstilling	s.13
3.0 Teoretiske fundament	s.14
3.1 Myndiggjøring og brukermedvirkning	s.14
3.2 Lovverk og stortingsmeldinger	s.16
3.3 Tilknytningsteori	s.18
3.4 Psykodynamisk relasjonsbehandling innen miljøterapi	s.19
3.5 Vitenskapsfilosofisk tilnærming	s.21
4.0 Metode og analyse	s.23
4.1 Metasyntese som metode	s.23
4.2 Utvalg	s.24
4.3 Litteratursøk	s.25
4.3.1 <i>Utviklingen av søk og søkeord</i>	s.25
4.3.2 <i>Seleksjonskriterier</i>	s.27
4.3.3 <i>Databasesøk</i>	s.28
4.4 Validitet og reliabilitet	s.30
4.5 Forskningsetiske vurderinger	s.30
4.6 Forskerens forforståelse	s.31
4.7 Analyse	s.32
4.7.1 <i>CASP-sjekkliste</i>	s.33
4.7.2 <i>Presentasjon av de inkluderte primærstudiene</i>	s.35
4.7.3 <i>Analyseskjema og kategorieoversikt</i>	s.37
4.7.4 <i>Matriser og tolkningsnivåer</i>	s.39
4.7.5 <i>Abstrahering av temaer</i>	s.40
5.0 Funn /resultater	s.43
5.1 Helsepersonells opplevelse av hindrende faktorer til brukermedvirkning	s.43
5.1.1 <i>Manglende engasjement</i>	s.44

5.1.2	<i>Forventningspress</i>	s.45
5.1.3	<i>Individ versus miljø?</i>	s.47
5.2	Helsepersonells opplevelse av fremmede faktorer til brukermedvirkning	s.48
5.2.1	<i>Kunnskap om pasienten</i>	s.48
5.2.2	<i>Tilnæringsmetode</i>	s.50
5.3	Pasientenes opplevelse av hindrende faktorer til brukermedvirkning	s.53
5.3.1	<i>Stigma</i>	s.53
5.3.2	<i>Paternalisme</i>	s.55
5.4	Pasientenes opplevelse av fremmede faktorer til brukermedvirkning	s.56
5.4.1	<i>Relasjonens betydning</i>	s.57
5.4.2	<i>Informasjon og kommunikasjon</i>	s.58
6.0	Diskusjon	s.60
6.1	Hindrende faktorer for brukermedvirkning	s.60
6.1.1	<i>Manglende engasjement</i>	s.60
6.1.2	<i>Forventningspress</i>	s.61
6.1.3	<i>Individ versus miljø?</i>	s.62
6.1.4	<i>Stigma</i>	s.63
6.1.5	<i>Paternalisme</i>	s.64
6.2	Fremmede faktorer for brukermedvirkning	s.65
6.2.1	<i>Kunnskap om pasienten</i>	s.65
6.2.2	<i>Tilnæringsmetode</i>	s.66
6.2.3	<i>Relasjonens betydning</i>	s.67
6.2.4	<i>Informasjon og kommunikasjon</i>	s.68
6.3	Validitet og reliabilitet	s.69
7.0	Konklusjon	s.71
7.1	Implikasjoner for praksis	s.72
7.2	Behov for videre forskning?	s.72

Vedlegg

Vedlegg 1: MeSH-liste Cinahl

Vedlegg 2: MeSH-liste Medline

Vedlegg 3: MeSH-liste PsychInfo

Vedlegg 4: CASP-sjekkliste

Vedlegg 5: Presentasjon av de inkluderte artiklene

Vedlegg 6: Analyseskjema for de inkluderte artiklene.

Vedlegg 7: Matrise helsepersonell perspektiv.

Vedlegg 8: Matrise pasient perspektiv.

## 1.0 Sammendrag

Hensikten med denne kvalitative metasyntesen var å belyse hvordan helsepersonell i en psykiatrisk sengepost erfarte pasientenes brukermedvirkning, til sammenligning med pasientenes opplevelse. Dette ble gjort gjennom allerede eksisterende forskning.

Bakgrunn for valg av tema var at brukermedvirkning står på agendaen både i helsevesenet, men også i politikken. Brukermedvirkning er forankret i det norske lovverket og i politiske føringer. Tidligere var psykiatrien preget av en paternalistisk holdning, men tidene har endret seg, og fokuset har blitt på psykodynamisk relasjonsbehandling og empowermentttenkning, to modeller som tilrettelegger for brukermedvirkning. Metoden som ble valgt for studiet var kvalitativ metasyntese, med hovedvekt i metaetnografi. Det ble tatt utgangspunkt i Noblit & Hare sin analyseprosess. Funnene fra studiet fremhevet hva helsepersonell og pasientene opplevde hindret og fremmet brukermedvirkning. Faktorer som manglende engasjement, forventningspress, individ versus miljø, stigmatisering og paternalisme opplevdes hemmende. Kunnskaper om pasienten, tilnæringsmetoder, relasjonens betydning og informasjon og kommunikasjon ble opplevd som fremmede faktorer. Konklusjonen ble at ved å bevisstgjøre seg de faktorene som både hindrer og bedrer brukermedvirkning kan praksisen fra helsepersonellet i de psykiatriske sengepostene forbedres. Med økt forståelse og kunnskap om hva som trengs kan helsetjenestene få en forbedret kvalitet og økt brukermedvirkning gir økt pasienttilfredshet. Videre ble det oppdaget at det behøves mer forskning på hvordan å bedre implementere brukermedvirkning i psykiatriske sengeposter.



## 1.1 Abstract.

The purpose of this qualitative metasynthesis was to illuminate how health professionals, in a psychiatric ward, experienced the patient's user-involvement, in comparison with the patient's experience. This was done through existing research. The background for choice of theme was that user-involvement is on the agenda both in health care and in politics. User-involvement is rooted in Norwegian legislation and in political documents. Previous psychiatry was characterized by paternalism, but times have changed. Today the focus has become on psychodynamic relationship management and empowerment thinking, two models that facilitate user involvement. The method chosen for the study was qualitative metasynthesis, with the main emphasis in meta-ethnography. It was based on Noblit & Hare's analytic process. The findings from the study highlighted what health professionals and patients perceived as hindered and promoted user-involvement. Factors such as lack of commitment, expectation pressure, individual needs versus the milieu, stigmatization and paternalism were found to be inhibitory. Knowledge of the patient, approachment methods, the importance of the relationship between the health professionals and the patients, and last but not least information and communication were perceived as promotional factors. The conclusion was that by raising awareness of the factors that both hinder and improve user-involvement, the practice of the health professionals in the psychiatric wards can become improved. With increased understanding and knowledge of what is needed, health services can get improved quality and the increased user-involvement will increase patient satisfaction. Furthermore, it was discovered that more research is needed on how to better implement user-involvement in the psychiatric wards.

## 2.0 Innledning.

### 2.1 Bakgrunn for studiet.

Flere nyhetsopplag i dag handler dessverre om overtramp mot psykiatriske pasienter mens de er innlagt. Berøvelse av valgmuligheter og frihet ved bruk av tvang blir gjentatte ganger subjekt for diskusjon og mediablest. Dette engasjerer både den vanlige nordmann, like mye som det engasjerer fagpersonell og politikere. Hva vet man egentlig om utøvelsen av brukermedvirkning innen psykiatrien? Er det like mangelfullt som media gjerne fremstiller det?

Dette studiet fordyper seg i temaet "brukermedvirkning". Det eksisterer flere definisjoner på begrepet brukermedvirkning, men i dette studiet velges det å nevne Andreassen (2005) og Storm (2009) sine definisjoner:

*"Brukermedvirkning er et begrep som benyttes om mange ulike metoder og organisasjonsformer som skal bidra til at helsetjenesten og hjelpeapparatet lytter til brukernes erfaringer og lar brukernes perspektiver prege utformingen av hjelpen" (Andreassen, 2005, s.21).*

*"På individnivå er brukermedvirkning orientert mot enkeltmenneskets rettigheter og muligheter til å påvirke og delta i beslutninger om planlegging og gjennomføring av en tjeneste" (Storm, 2009, s.27).*

For å kunne skrive om brukermedvirkning må det også avklares hva som menes med bruker. Helsedirektoratet definerer bruker som

*"... en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I Plan for brukermedvirkning defineres bruker som en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsefeltet eller rusfeltet" (Helsedirektoratet, 2018).*

Andreassen (2005) velger å bruke sekretariatet for modernisering og effektivisering i helsesektoren sin definisjon fra 1992 på bruker:

*"... er personer som har opplevd behov for helsetjenester, som oppsøker eller kommer i kontakt med helsetjenesten for å få råd og/eller hjelp til å bli frisk eller friskere, få pleie, bli smertefri eller til å bedre funksjonsevnen." (SME, sitert i Andreassen, 2005, s.20).*

Helsepersonell har igjennom sine studier, samt yrkesaktive liv, fått innprentet viktigheten med brukermedvirkning. Forfatternavn som Marianne Storm (2009) og Tone Alm Andreassen (2005) har i hvert fall vært essensielle i pensumlistene i sykepleierstudiet. Brukermedvirkning gjennomsyrrer tankegang til denne yrkesgruppen,

og gjemmer seg bak mange begrep; som blant annet empowerment (Ekeland & Heggen, 2007).

Men hva menes med helsepersonell? Ifølge Helsepersonelloven (2017) defineres helsepersonell som:

1. personell med autorisasjon etter § 48 a eller lisens etter § 49,
2. personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handling som nevnt i tredje ledd.

*Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt personell som ikke omfattes av første ledd, herunder personell som Norge etter folkerettslige regler er forpliktet til å gi rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.*

*Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.*

*Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes. (Helsepersonelloven, 2017).*

Alle personer som yter helsetjenester, enten de er psykologer, sykepleiere eller assistenter regnes som helsepersonell og er underlagt helsepersonelloven.

Begrepet brukermedvirkning går også igjen i flere stortingsmeldinger og utgreiinger fra regjeringen. Det er høyst aktuelt på dagsordenen og er stadig under lupen i forhold til hvordan dette blir utøvd. Helsemyndighetene ønsker nemlig at brukermedvirkning skal gjennomføres i alle aspekter og derfor involveres brukerorganisasjoner i alle store valg som skal tas, som for eksempel omforming av helsetilbudene ved sykehus. De skal sikre at pasientenes stemme blir hørt. For å sikre dette er brukermedvirkning også blitt forankret i det norske lovverket. Foruten å være en lovfestet rett, inngår det også i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer å ivareta pasientens autonomi, å sikre deres selvbestemmelses- og medbestemmelsesrett (NSF, 2018).

I dagliglivet er det opp til helsepersonell å være pasientenes "advokater", og sikre at deres ønsker og stemmer høres, og blir tatt hensyn til. Noen bortforklaringer innen psykiatrien er at pasienten ikke har sykdomsinnsikt til å kunne ta et reflektert valg, og derfor trenger fagpersonell for å ta avgjørelsene for dem. Dette er det ingen tvil om, men brukermedvirkning kan betraktes som å kunne bestemme pålegget på skivene sine, til større avgjørelser som å avslutte livsforlengende behandling.

Tidligere forskning har hatt stort fokus på tilfredshet ved brukermedvirkning, og det finnes mangfoldige kvantitative forskningsartikler som baseres på spørreskjema. Det har i økende grad det siste tiåret blitt fokus på både pasienters og helsepersonells opplevelser og livserfaringer knyttet til medvirkning. Forskningsartikkelen "*Whose treatment is it anyway?*" (Klein, Rosenberg & Rosenberg, 2007) konkluderer med at det er behov for å utvide de fagprofesjonelles forståelse for at brukere av psykiske helsetjenester er kapable til større deltakelse i egen behandling. Resultatene deres støtter opp om behovet for egen undervisning om brukermedvirkning slik at det blir en integrert del av behandlingen hvor pasientenes behov og ønsker blir hørt og møtt (Klein et al., 2007).

Et annet eksempel er forskningsartikkelen som heter "*Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment?*" (Tambuyzer & Van Audenhove, 2015) som forteller at brukerinvolvering må bli en realitet fremfor et etisk og moralsk imperativ. Funnene i studiet konkluderer med at forholdene mellom opplevd brukermedvirkning, pasienttilfredshet og empowerment ikke hadde store variasjoner; altså de henger sammen. Skal pasientene rapportere om mer tilfredshet og økt empowerment må brukermedvirkningen styrkes (Tambuyzer & Van Audenhove, 2015).

## 2.2 Formål med studiet.

Det har i de senere år vært stort fokus på å utforske og utrede pasientenes opplevelse av brukermedvirkning, og utøvelsen av denne, både nasjonalt og internasjonalt. Denne metasyntesen ønsker å rette fokuset mot eksisterende forskningen om helsepersonellets opplevelse av brukermedvirkning og utøvelsen av denne, sammenlignet med fortrinnsvis inneliggende pasienters opplevelse. Er det samsvar mellom funnene, eller opplever helsepersonell og pasientene totalt ulike ting? Opplever helsepersonell at de bidrar til pasientenes utøvelse av brukermedvirkning, og opplever pasientene at helsepersonellet bidrar? Opplever helsepersonell at de har nok kunnskap rundt dette emnet? Får pasientene tilstrekkelig informasjon om deres rett til å medvirke i beslutninger som angår deres behandling? Dette er forskningsspørsmål som skal brukes veiledende underveis i studiet, og som ønskes belyst best mulig gjennom denne

oppgaven. Det er ønskelig å gå i dybden på eksisterende forskning, og undersøke hva kan man ta lærdom av.

### 2.3 Presisering av fokus og problemstilling.

Hensikten med studiet er å undersøke hvordan helsepersonell opplever pasientenes brukermedvirkning, og hvordan/om de bidrar til at pasientene lykkes med dette. Det skal så sammenlignes med pasientenes opplevelse av deres brukermedvirkning. Med andre ord:

Hvordan opplever helsepersonell pasientenes brukermedvirkning, til sammenligning med pasientenes opplevelse av brukermedvirkning?

### 3.0 Teoretiske fundament.

Det teoretiske fundamentet for denne kvalitative metasyntesen består av teori som har til hensikt å bedre belyse problemstillingen, og hva studiet handler om. Det er den teoretiske referanserammen som forskeren tolker og bearbeider sine data ut i fra, og som beskriver forskerens teoretiske bakgrunn og tilnærming til den nye kunnskapen (Malterud, 2017b).

### 3.1 Myndiggjøring og brukervedvirkning.

Begrepet empowerment har blitt brukt som et uttrykk innenfor helse og sosialtjenesten i USA i lang tid. I Norge er den mest vanlige oversettelsen av begrepet ordet "myndiggjøring", som har blitt brukt her i mange år. Flere og flere velger nå å bruke det engelske uttrykket. Det norske ordet myndiggjøring har en sterk positiv styrke, og er assosiert med utvikling og vekst. Empowerment, myndiggjøring, handler om fordeling av makt. Målet er å styrke den enkelte persons forutsetninger, slik at de skal bli i bedre stand til å styre sine liv etter deres behov og målsettinger. Individuell myndiggjøring oppfattes som en personlig følelse av økt kontroll og makt, uten at omgivelsene rundt personen endres. Brukervedvirkning er en tilnæringsmetode for å oppnå slik individuell myndiggjøring (Ekeland & Heggen, 2007).

Brukervedvirkning springer ut av en ideologisk reformbølge, med røtter i faglige tradisjoner, kalt "New Public Management" (NPM). Et av NPM sine prinsipper er at "kunden har alltid rett", og hadde det som et utgangspunkt for hvordan et idealistisk forhold mellom den enkelte borger og det offentlige burde være. Denne ideologien har preget den politiske utviklingen i mange OECD-land (Organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling). De siste 30 årene har det skjedd en økende demokratisering av samfunnet i disse utviklingslandene. Brukervedvirkning har vært et sentralt element i denne utviklingen. Innenfor norsk sosial- og helsepolitikk er brukervedvirkning det vanligste begrepet som brukes i dag (Ekeland & Heggen, 2007).

Brukervedvirkning utfordrer den biomedisinske helsemodellen hvor helsepersonellet har all ekspertise og pasienten har vært en passiv mottaker av denne ekspertisen. Pasienten skal nå være en samarbeidspartner med innflytelse i egen behandling, hvor

pasientens erfaringer og behov kommer i fokus. Helsepersonell har et overordnet ansvar for at intensjonene om brukermedvirkning etterfølges der hvor de jobber, som i en psykiatrisk sengepost. For å få til vellykket brukermedvirkning er relasjonen mellom pasient og helsepersonell en viktig betingelse. Det forutsettes et samspill hvor helsepersonellet må tilrettelegge og pasienten må gjøre en egeninnsats.

Fagkunnskapene, samt genuin empati og interesse for pasientenes behov, er blant noen av de viktigste kvalitetene som helsepersonellet må ha for å skape tillit og terapeutisk kommunikasjon. Anerkjennelse og respekt for pasientenes erfaringer og kunnskaper om sitt eget liv og sykdom, er det viktig at helsepersonellet viser (Ekeland & Heggen, 2007; Storm, 2009).

Brukermedvirkning kan også brukes som et terapeutisk og pedagogisk middel. Når pasientene opplever at de kan påvirke egen behandling, bidrar dette ofte til bedre samarbeid. Pasientene etterlever helsepersonellens anbefalinger og følger veiledningen fra hjelpeapparatene. På denne måten blir brukermedvirkning betraktet som et pedagogisk middel for å ansvarliggjøre pasientene (Andreassen, 2005).

Brukermedvirkning i helsevesenet i dag bestemmes av to forhold; helsepersonellens forståelse av hva brukermedvirkning innebærer, og den overordnede styringen av organisasjonene der helsepersonellet arbeider. I møte med pasienter bruker helsepersonell deres faglige kunnskaper for å vurdere hva som er til pasientens beste i den enkelte situasjonen. Fagkunnskapene gir ikke helsepersonellet bare arbeidsredskaper, men også tenkemåter, forforståelser og et tolkningssett som brukes i møte med de problemene som kan oppstå i deres arbeid. Helsepersonellet klassifiserer og kategoriserer gjennom bildene de danner seg av sine pasienter, ut i fra deres diagnose, funksjonsnivå og hjelpebehov (Andreassen, 2005).

Helsetjenestenes organisering påvirker hvordan helsepersonellet arbeider. Organiseringen definerer oppgaver, roller, ansvarsområder, grenser og posisjoner. Helsepolitikken og helseforetakene styres av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet som har det øverste politiske ansvaret. Styrene i de regionale helseforetakene er ansvarlige for at helseforetakene oppfyller de oppgavene som er blitt pålagt gjennom lover, forskrifter og politiske føringer. Disse politiske føringene forteller

for eksempel hvilke oppgaver og pasientgrupper som skal prioriteres.

Behandlingstilbudet til rusmisbrukere og psykisk helse er to av flere satsningsområder (Andreassen, 2005).

### 3.2 Lovverk og stortingsmeldinger.

Økt medvirkning fra brukerne av sykehustjenestene har lenge vært etterlenget. Tatt i betraktning hvor viktig helsetjenester er for de aller fleste, er det uforståelig at medvirkning og innflytelse fra brukere og brukerorganisasjoner har vært ekskludert fra den offentlige helsetjenesteproduksjonen så lenge. I 2013 ble derimot lovverket endret og helseforetakenes plikt til å tilrettelegge for brukermedvirkning ble eksplisitt forankret i norsk lov.

*" Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum (Helseforetaksloven, 2013, §35)".*

Utenom helseforetakenes plikt, har det også i pasient- og brukerrettighetsloven (2017), kap 3 §3-1; første ledd og §3-2; første ledd, lovfestet retten til pasienter i å medvirke til sin egen behandling og deres rett på informasjon:

*"Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon... (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2017, §3-1)".*

*" Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2017, §3-2)".*

Psykisk helsevernlov konstaterer "ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder pasient- og brukerrettighetsloven"(Psykisk helsevernlov, 2017, §1-5). Med andre ord oppheves ikke retten til brukermedvirkning når man blir innlagt i psykiatrien, selv ikke når man blir tvangsinnlagt etter psykisk helsevernlov, §3-3. Dette omtales i §4-2 i samme lov (Psykisk helsevernlov, 2017).



Alle rettigheter pasienter har i pasient- og brukerrettighetsloven, kan jamføres med plikter som helsepersonell har. Disse pliktene er lovfestet i Lov om helsepersonell (2017). Kapittel 2 i helsepersonelloven, "Krav til helsepersonells yrkesutøvelse", §4 omtaler helsepersonells plikter til å handle forsvarlig, og i tråd med helsepersonellets kvalifikasjoner for å kunne yte omsorgsfull hjelp. Helsepersonellet plikter også å gi informasjon til de som har krav på det, ifølge §10 (Helsepersonelloven, 2011).

Brukermedvirkning er ikke bare nedfelt i norsk lov, men er også svært aktuelt på agendaen til den norske helsepolitikken. Helse- og omsorgsdepartementet har utgitt flere stortingsmeldinger som skriver om deres visjoner rundt et helsevesen som preges av tjenestetilbud tilpasset pasientenes ønsker og behov. I stortingsmelding nr 11 (2015-2016) står følgende:

*"Det er stor enighet om at brukererfaring bør legges til grunn for omorganisering av tjenestetilbudet, og når det planlegges nye pasientforløp. Men den praktiske involveringen av brukere varierer, og mange brukerutvalg opplever at de involveres sent i arbeidet. Pasienter og pårørende som endringsagenter er en viktig drivkraft for fornying og forbedring. Regjeringen ønsker derfor å legge til rette for at brukere i større grad enn i dag trekkes inn i utformingen av tilbud de selv har behov for eller benytter. (St.meld.11, 2015-2016, s. 59)"*

Stortingsmelding 34 (2015-2016), som omhandler verdier i pasientenes helsetjeneste og hvordan de prioriteres konstaterer også pasientenes rett til brukermedvirkning:

*"Et grunnleggende prinsipp i helsetjenesten er at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Det er pasientene selv som, på bakgrunn av veiledning og informasjon fra kompetent helsepersonell, er de nærmeste til å vurdere konsekvensene av ulike behandlingsvalg eller å avstå fra behandlingen. Det skal i tillegg legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet (St.meld.34, 2015-2016, s. 28)".*

Brukermedvirkning gjennomsyrrer helsepolitikken, og statuerer at alle helseforetak og helsepersonell skal tilrettelegge for at pasientene skal kunne medvirke i valg som gjelder seg selv, basert på et kvalifisert og vel informert samtykke.

### 3.3 Tilknytningsteori.

Fra fødsel av, er alle mennesker avhengig av en relasjon til en omsorgsperson for å kunne overleve, for å ikke snakke om å utvikle sitt emosjonelle jeg. Den tidlige omsorgen et menneske mottar er med på å skape forutsetningene mennesket har for å utvikle seg i en sunn retning senere i livet. Winnicott, Bion og Bowlby er kjente teoretikere innenfor tilknytningsteori (Abrahamsen, 1997; Belin, 2010).

Winnicott introduserte begrepet "god nok" omsorg. Med dette mener han at all omsorg er relativ, og at det ikke finnes noe absolutt på hva som defineres som god og best omsorg. Så lenge omsorgen ble tilpasset barnet, og det oppnåddes en empatisk og emosjonell kontakt mellom omsorgspersonen og barnet, var den "god nok". Videre mente Winnicott at omsorgspersonen skulle være i stand til å "holde" barnet, både fysisk og psykisk. Dette var en viktig kvalitet ved en "god nok" omsorg.

Omsorgspersonen skulle være i stand til å kunne tåle de ulike sinnstemningene som et barn har. Altså ikke bare tåle tilfredshet og glede, men også sinne, avvisning og tristhet. Å skape et "holdende" miljø for barnet, hvor barnet opplever seg trygg, ivaretatt og at omsorgspersonen er tilstede, er essensielt for barnets emosjonelle og mentale utvikling (Abrahamsen, 1997; Belin, 2010).

Bion videreutviklet dette og introduserte begrepet "container-contained". Det er gjennom denne emosjonelle og empatiske kontakten at barnet erfarer at vanskelige følelser er til å holde ut, fordi omsorgspersonen er i stand til å ta imot barnets reaksjoner uten å selv reagere på likt vis, men å holde seg rolig. Omsorgspersonen hjelper da barnet med å omforme de uutholdelige følelsene til følelser som de kan fordøye. Når omsorgspersonen er i stand til å romme barnets følelsesutbrudd, og omforme dem, blir alle følelsesinntrykkene hos barna smått gjort om til meningsfulle tanker som de senere kan reflektere over (Abrahamsen, 1997; Belin, 2010; Schødt & Heinskou, 2007).

Bowlby brukte begrepet "trygg base", for å beskrive det som Winnicott kalte et "holdende" miljø. Alle barn trenger en trygg base for å kunne utvikle seg, både psykisk og fysisk, gjennom lek og læring. Når barn opplever noe nytt vil det først kjennes uoversiktlig og skape uro, og da søker de til sin trygge base for trøst, oppmuntring og

kjærlighet. Når barna blir møtt med "god nok" omsorg utvikler de en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner. Dersom omsorgspersonene ikke er i stand til å romme barnas sinnstemninger, og omforme følelsene deres, kan barna utvikle utrygge tilknytninger. Dette kan i verste tilfelle lede til utvikling av et falskt jeg, hvor barnet ofrer seg selv og sine behov for å heller leve opp til omsorgspersonenes forventninger. Slik unngår barna å skape ubehagelige følelser og situasjoner både for dem og de voksne. Utrygg tilknytning og utviklingen av et falskt jeg kan lede til psykiske problemer og relasjonelle vanskeligheter senere i livet (Abrahamsen, 1997; Belin, 2010; Schødt & Heinskou, 2007).

### 3.4 Psykodynamisk relasjonsbehandling innen miljøterapi.

Lars Thorgaard og Eivind Haga (2014) er to av pionerene innenfor utviklingen av relasjonsbehandling og den psykodynamiske tilnærmingen og holdningen. De var forkjempere for å få empatibegrepet inn i psykiatrisk behandling og praksis. De var av den oppfatning at relasjonen med pasientene var avgjørende for om behandlingen til pasientene lyktes. Thorgaard og Haga skapte flere teorier og redskaper som helsepersonell kunne bruke i samhandlingen med pasientene. Dette for å kunne støtte pasientene i å sammen lage overblikk, danne nye forståelser av situasjoner og relasjoner slik at pasienten kunne oppleve å danne seg nye innsikter og mestringsstrategier (Thorgaard & Haga, 2014).

*"En god psykiatri tager sit udgangspunkt i mødet med med-mennesket. En med-menneskelig psykiatri indebærer en konstant stræben og søgen hen imod en værdig og professionel psykiatri. At bevare værdighed er mindst lige så vigtigt som fagligheden, om end det ene ikke kan erstatte det andet." (Thorgaard & Haga, 2014, s. 28).*

Som i tilknytningsteori legges det stor vekt på relasjonens betydning for utvikling, og skape en trygg base for pasientene. En god relasjon er grunnlaget for god psykiatrisk behandling. Vi finner ordet med- i mange variasjoner; med-følelse, med-lidenhet, med-virkning, med-skyld, med- ansvar og med-menneske. Dette er ord som har stor betydning innenfor relasjonsbehandling da de understreker at de fremste målene innenfor en medmenneskelig psykiatri er at man tillater seg å røre ved, og bli rørt av, pasienten. Man skal ha en grunnleggende interesse i medmennesket, ved å forsøke å

forstå, hjelpe den andre og lindre deres psykiske smerte slik at de kan lære å hjelpe seg selv (Schødt & Heinskou, 2007; Thorgaard & Haga, 2014).

En psykodynamisk holdning forutsetter at helsepersonellet, enten det er psykolog eller miljøterapeut, verdsetter de gamle dydene tro, håp og kjærlighet. Bedre utdypet er dette kvaliteter som empati, omsorg, evne til å bære håp, tiltro, pålitelighet og forutsigbarhet. Å være vennlig og respektfull med evne til å sette grenser slik at pasientens utvikling og vekst blir stimulert. Det er også viktig at helsepersonellet er tilgjengelige til pasientene, og alltid stiller seg undrende for å skape en undersøkende og utforskende samhandling. Ved å ha og dyrke disse kvalitetene kan helsepersonell prøve å forstå den dypere meningen bak pasientenes atferd, symptomer og ord. De kan holde ut og tåle usikkerheten som kan oppstå i relasjoner, og fremme selvstendighet gjennom tålmodighet og nærvær. Helsepersonellet kan hjelpe pasientene med å finne sin egen vei, og støtte pasienten mens de går veien (Schødt & Heinskou, 2007; Thorgaard & Haga, 2014).

I alle fruktbare relasjoner eksisterer det tro, håp og kjærlighet, enten det er mellom foreldre-barn, vennsforhold, parforhold eller i en terapeutisk relasjon. Å påstå at det eksisterer kjærlighet i et terapeutisk forhold har lenge vært tabubelagt, men kjærlighet eksisterer i mange former. Er ikke omsorg og empati kjærlighet? Er ikke et ønske om å hjelpe et medmenneske kjærlighet? Å vise kjærlighet; å være et medmenneske er ikke det motsatte av å være profesjonell i møte med pasienten. Gjennom refleksjon, og møte pasienten der hvor han er, bidrar den profesjonelle relasjonsbehandleren til å skape de best mulige vekstfremmende forhold. Da kan pasienten skape seg den trygge basen som kreves for å utvikle sitt følelsesmessige jeg. Det er i dette dynamiske samspillet mellom relasjonsbehandler og pasient at disse emosjonelt korrigerende erfaringene kan være med på å skape mer hensiktsmessige mestringsstrategier. Forutsetningen for at pasientene kommer seg er nemlig den trygge relasjonsbehandler og den gode relasjonsbehandlingen (Abrahamsen, 1997; Thorgaard & Haga, 2014).

### 3.5 Vitenskapsfilosofisk tilnærming.

Fenomenologien har sitt opphav fra både psykologi og filosofi. Den retter sitt fokus mot subjektets erfaring av verden, og understreker at verden og subjektet ikke kan erfares som to separate fenomener slik som den epistemologiske dualismen gjør. Husserl, som var fenomenologiens grunnlegger, var opptatt av å kunne forstå kunnskapens natur og vilkår, å forstå kunnskapen i seg selv, gjennom å studere subjektets bevissthet. Ifølge Thornquist (2003) var Husserl av den oppfattelsen at det som kjennetegnet bevisstheten er dens intensjonalitet, altså hva den er rettet mot. Menneskets bevissthet er aldri tom, i den forstand at den alltid er rettet mot noe; altså den er intensjonal. Når vi tenker så tenker vi på noe, når vi snakker så snakker vi om noe. Det er ut i fra intensjonalitetsprinsippet at begrepene "saken selv" og "det som viser seg" ble introdusert av Husserl. "Saken selv" er de menneskelige fenomenene slik de viser seg for subjektet, mens "det som viser seg" handler om hvordan subjektets bevissthet forstår og opplever selve fenomenene (Thornquist, 2003).

Husserl videreutviklet disse begrepene til det kjente "være-i-verden". Bindestrekene mellom ordene er ment å indikere at man som menneske ikke eksisterer uten en tilhørighet. Vi er ikke bare i verden, men vi er en del av verden. Vi er en del av et sosialt, kulturelt og norm betinget fellesskap, og i dette fellesskapet må vi forholde oss til andre (Thornquist, 2003).

Ut i fra et fenomenologisk perspektiv, er bare den enkelte pasient som kan si noe om sin livsverden, og sine erfaringer fra det som utspilles i samhandlingen med andre under en innleggelse på en psykiatrisk avdeling.

Thornquist (2003) beskriver også den filosofiske retningen hermeneutikken. Hermeneutikken dreier seg om forståelse og fortolkning av meningsfylte fenomener. Opprinnelig var det tolkning av religiøse tekster, men har senere utviklet seg til å innebefatte andre tekster, symboler, normer og handlinger. Gadamer, Habermas og Ricour er sentrale filosofer innen den nyere hermeneutikken. Gadamer sier at det vesentlige innen hermeneutikken, er at vi aldri møter verden forutsetningsløst. Vi har alltid med oss en forforståelse som påvirker den meningen vi legger i våre opplevelser. Habermas ønsket å hindre maktmisbruk og diskriminering, og mente derfor at man

burde ha et aktivt, avslørende og kritisk blikk på tradisjoner og fordommer. Han ønsket at mennesker skulle fristille seg fra tradisjonsbundet kunnskap og bane vei for endring og frigjøring. Disse synspunktene åpnet opp for dybdehermeneutikken og Ricour sin tenkning (Thornquist, 2003).

Ricour sier seg enig i Gadammers påstand om at mennesket eksisterer i verden som et fortolkende og forstående vesen. Ricour selv mener han er først og fremst en fenomenolog, men i hans arbeid forener han fenomenologien og hermeneutikken. Fenomenologien konstaterer at bevisstheten alltid er rettet mot noe, mens hermeneutikken mener at dette "noe" er noe som må fortolkes og forstås. Og det å forstå og fortolke skrifter handler ikke om hvem som sier noe, men om hva som blir sagt! Ut i fra skriften frigjøres meningen fra fenomenene som blir studert (Thornquist, 2003).

Så med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ønskes det å studere artikler som beskriver opplevelsene til pasienter og personal, for å prøve å bane vei for endring og ny kunnskap. I forskning med kvalitativt design vil det i tolkningsprosessen fortløpende foregå en vekslning mellom forskerens forforståelse, helheten og delene av det innsamlede datamateriale. Denne prosessen med vekslingen mellom forforståelse, helhet, deler, kontekst og ny kunnskap betegnes som den hermeneutiske spiral, som stammer fra den hermeneutiske sirkel (Thornquist, 2003).

## 4.0 Metode og analyse.

Det eksisterer store mengde publiserte artikler innen sykepleieforskning. En metasyntese av eksisterende forskningsartikler, innen et gitt tema, kan være til hjelp for forskere som ønsker å oppdatere kunnskapen. I dette studiet ble det brukt kvalitativ metasyntese som forskningsmetode, beskrevet av Kirsti Malterud (2017a). Metasyntese ble valgt fordi denne metoden bidrar til å belyse problemstillingen, og funnene fra de individuelle kvalitative forskningsartikler ble syntetisert for å sammenfatte tidligere forskning.

I dette kapitlet redegjøres metoden som ble brukt for å utforske problemstillingen, gjennomføringen av litteratursøket og til slutt presenteres en matrise over utvalgte kvalitative forskningsartikler som ble inkludert i metasyntesen.

### 4.1 Metasyntese som metode.

Kvalitative metoder kjennetegnes ved at de studerer meningsfulle fenomener. Data som samles inn gjennom ulike metoder gir et utdypende og beskrivende kvalitativt innhold i respondentenes erfaringer, opplevelser og følelser. Kvalitativ forskningsmetode er velegnet for å studere sammenhenger i sosiokulturelle fora og få frem menneskets levde erfaring. Dataene blir som oftest ikke kvantifisert. De beskrives med ord (Malterud, 2017b).

Å arbeide vitenskaplig er å bygge videre på det kunnskapsgrunnlaget som allerede eksisterer. Man skal sette seg inn i forskningen, utfordre den og bruke den nye kunnskapen til å utvide forståelsen og innsikten vår. Syntetisering av allerede eksisterende forskning kan legge grunnlaget for nye forskningsprosjekter, og samtidig skape nye erkjennelser utover det vi allerede vet. "Research waste" er et begrep som er blitt mer brukt de senere årene, som vil si å sløse bort forskning. Fremfor å starte på null hver gang, kan man heller skaffe seg et overblikk over hva som allerede finnes av forskning. Og med et kritisk og kvalifisert blikk gå i dybden på forskningen. Gjenbruk av eksisterende forskning motvirker "research waste". Fullt brukbar forskning kan tas i bruk i en ny kontekst. Det sies at kunnskap er makt, som alltid bør deles, og ved å

videreutvikle eksisterende forskning bidrar kvalitative metasynteser på å utvide vår kunnskapsbank på det valgte området (Malterud, 2017a).

Kunnskapsoppsummering baserer seg på transparent identifikasjon, utvelgelse og sammenfatninger av forskning. Dette representerer en forskningsmetodikk som brukes til å utarbeide systematiske oversikter. Kvalitativ metasyntese er en anerkjent forskningsmetode for å gjenbruke kvalitativ forskning. Målet er å styrke utvidelsen og kvaliteten på det medisinske kunnskapsfeltet. Metasyntese er en egen variant av systematisk oversikt, som utfordrer den tradisjonelle evidensbaserte medisinforskningen. Vitenskaplig kunnskap skal ikke være et resultat av tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander, men skal produseres fra systematisk refleksjon. En god oversiktsartikkel skal ikke bare oppsummere kunnskap, men også vurdere, vekte og tolke kunnskapen som artikkelen baserer seg på (Malterud, 2017a).

#### 4.2 Utvalg.

I en kvalitativ metasyntese handler ikke utvalg om deltakerne i et studiet, men om studiene i seg selv. Målsettingen er å finne vitenskaplige artikler som på best mulig vis belyser problemstillingen. For å nå dette målet benyttes det et strategisk utvalg av artikler. Det vil si å finne materiale som kan gi et godt grunnlag for å kunne tolke resultatene og erverve ny kunnskap om temaet i problemstillingen. Et strategisk utvalg kan styrke påliteligheten på resultatnivå ved at det har stort mangfold og variasjonsbredde. Man må også anerkjenne forskerens rolle og subjektivitet i prosessene, slik at man bidrar til systematikk og transparens i utvelgingsprosessen (Malterud, 2017a, 2017b).

Forskerens forforståelse, teoretiske bakgrunn og problemstilling er med på å bestemme hvilke faktorer som må tas hensyn til når han eller hun skal lete frem ny kunnskap. I dette studiet ønskes et strategisk utvalg av artikler som har god informasjonsstyrke. Forskeren må være oppmerksom på å ikke finne primærstudier som understøtter sin forforståelse. Transparens er derfor viktig for at studiet skal kunne gjenprøves og være overførbart (Malterud, 2017a, 2017b).



### 4.3 Litteratursøk.

Formålet med litteratursøket var å innhente kvalitative forskningsartikler som best belyste problemstillingen. Resultatene fra disse studiene vil utgjøre funnene og de kvalitative dataene i denne metasyntesen. Systematisk litteratursøking, gjort riktig, forebygger skjevheter i utvelgelsen av artikler. Det stilles 3 krav til et effektivt litteratursøk:

1. Søket skal identifisere relevante treff.
2. Søket skal ikke identifisere irrelevante treff.
3. Søkeordene må være sparsommelige, for å unngå for mange søketreff.

I forberedelsene til litteratursøket ble det brukt et PICO-skjema (Population/Problem, Intervention, Comparison, Outcome) (Malterud, 2017a, 2017b).

#### 4.3.1 Utviklingen av søk og søkeord.

Hensikten med å bruke et PICO-skjema var å systematisere og få oversikt over de ulike aktuelle søkeordene. Malterud (2017a) skriver derimot at en kvalitativ metasyntese ikke har som hensikt å måle effekt, og derfor kan man ikke knytte seg for sterkt til PICO-formelen. Likevel kan man bruke skjemaet som et utgangspunkt for å tydeliggjøre problemstillingen bedre.

- Population: Hvem er målgruppen, hovedpersonene eller hvilken sykdom blir representert i studiene?
- Interventions: Hvilke egenskaper eller erfaringer er det vi retter søkelyset mot?
- Comparison: Hvilken sosiokulturell kontekst ønskes det å rette fokus mot?
- Outcome: Hva er det man ønsker å oppnå? Fokus på erfaringer, forventninger, konsekvenser eller årsaksfaktorer?

Problemstillingen kan bestå av alle delene, eller bare tre deler av PICO- skjemaet (Malterud, 2017a).

I denne kvalitative metasyntesen står P for miljøpersonalet og psykiatriske pasienter. I står for intervensjon, tema, i dette studiet erfaringer rundt brukervedvirkning. C står for sammenligning, miljøpersonalets opplevelse til sammenligning med pasientenes opplevelse mens de er innlagt på en psykiatrisk post. O står for resultat, nemlig hvordan

oppleves brukermedvirkningen for de ulike partene? Er det samsvar mellom funnene, eller har helsepersonell og pasienter ulike opplevelser?

Tabell 1: PICO-skjemaet; oversikt over søkeordene som ble brukt som utgangspunkt til MeSH-listene.

<b>Population, hvem?</b>	<b>Intervention, tema?</b>	<b>Comparison, kontekst?</b>	<b>Outcome, resultat?</b>
Patient Psychiatric patient Consumer Health professionals Nurse Care-givers	Patient participation shared decision making user involvement patient involvement	Mental health psychiatry Norway	Patients experiences patient perceptions patient satisfactions nurse experiences nurse perceptions

Viktige tekstord og synonymer ble satt inn i skjemaet for å dekke problemstillingen, og i samarbeid med en spesialbibliotekar fra Universitetet i Stavanger, ble PICO-skjemaet brukt i utarbeidelsen til mer avanserte søkeordslister. Databasene bruker egne tesaurus (indekseringsspråk) som er en liste med emneord. Når emneord brukes, er en sikret i forhold til å inkludere alle synonymer, ulike stavemåter og entall/ flertallsendelser. I Medline brukes "Medical Subject Headings, MeSH" om tesaurusen, og er et klassifikasjonssystem for offisielle emneord på de ulike databasene. I CINAHL er det en lignende funksjon, som heter som "CINAHL- headings". I tillegg kan tekstord brukes som søkeord i alle databasene, ordet vil da bli gjenfunnet i tittel, referanser eller sammendrag. For å inkludere ulike endinger eller slutt på ordstammer, kan ulike tegn for trunkering brukes. I Medline brukes \$ og i CINAHL brukes \*. Spesialbibliotekaren baserte de ulike søkeordslistene på metoden beskrevet i artikkelen *Finding Qualitative Research Evidence for Health Technology Assessment (Deirdre, Mita, Dorina & Andrea, 2016)*. Å bruke en spesialbibliotekar var til stor hjelp med å bygge opp en god søkestrategi. Hennes spesialkompetanse innen dette feltet sørget for at operatorer som AND og OR, og trunkeringer av søkeordene ikke ble en fallgruve. For å se MeSH-listene se vedlegg 1, 2, og 3.

### 4.3.2 Seleksjonskriterier.

#### Inklusjonskriterier:

- Forskningsartikler skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk.
- Publisert i tidsrommet mellom 2007 og dags dato.
- Helsepersonell innen psykiatri sine erfaringer og opplevelser med pasienters brukervedvirkning.
- Psykiatriske pasienters erfaring med brukervedvirkning.
- Deltakere fra 18år og oppover.
- Kvalitative studier.
- Peer-reviewed.
- Mixed – methods studier.
- Primærstudier.

#### Eksklusjonskriterier:

- Forskningsartikler skrevet på andre språk enn engelsk, norsk, dansk eller svensk.
- Artikler publisert før 2007.
- Pårørendes erfaringer med brukervedvirkning.
- Spesifikke psykiske diagnoser som fremheves, som brukervedvirkning for pasienter med schizofreni eller personlighetsforstyrrelse.
- Deltakere under 18år.
- Deltakere med demens.
- Kvantitative studier.
- Studier med fokus på kun polikliniske pasienter.
- Studier som målte effekt av brukervedvirkning og tok for seg ulike måleredskap.
- Studier som ikke er primærstudier.
- Studier basert på randomiserte kontrollerte trials.

### 4.3.3 Databasesøk.

Det ble foretatt systematiske søk i tre ulike databaser den 27 oktober 2017; Medline, Cinahl og PsychInfo. Cinahl er en stor database med fulltekstartikler for helsepersonell og dekker de fleste felt innen helseforskning. Cinahl inneholder artikler fra over 3000 engelskspråklige tidsskrifter (UIS, 2017a). Fra Cinahl ble 136 artikler inkludert. Medline regnes som en av de mest anerkjente medisinske databaser. Databasen inneholder artikler fra mer enn 5600 biomedisinske tidsskrifter (UIS, 2017b). Fra Medline ble 250 artikler inkludert. PsychInfo er en anerkjent database innen psykologi, og har tilgang til 2400 tidsskrift, med internasjonal litteratur om psykologi og psykolog relaterte fag (UIS, 2017c). Fra PsychInfo ble 330 artikler inkludert. Til sammen ble 716 artikler inkludert.

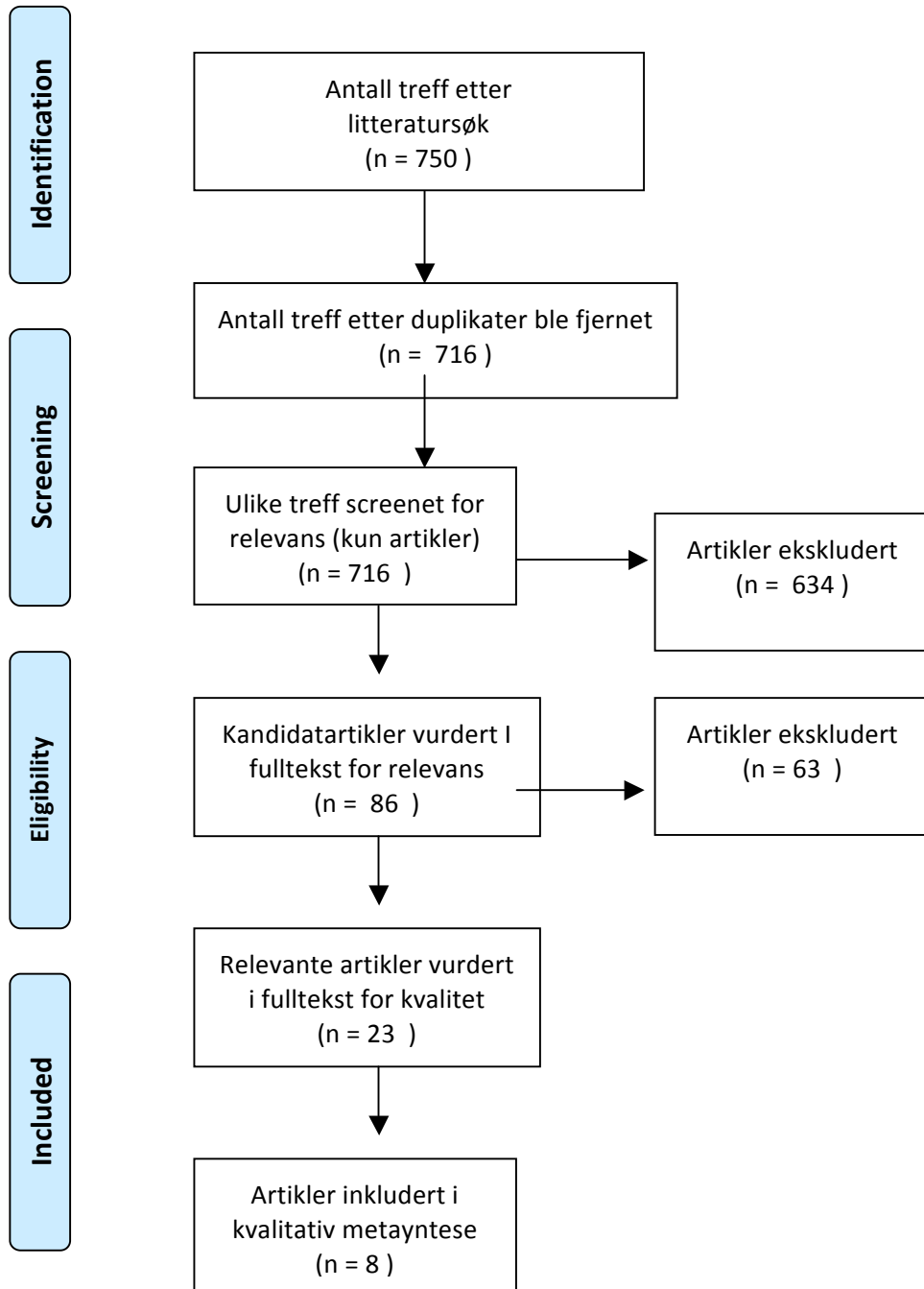
Screeningprosessen videre bestod av å ekskludere artikler ut i fra eksklusjonskriteriene. Noen artikler kunne enkelt ekskluderes bare på tittel, men abstraktene ble lest for å være sikker på at ingenting av verdi ble forbigått. 716 abstrakter ble gjennomlest, og 634 av disse ble ekskludert. 86 artikler passet fremdeles inklusjonskriteriene, og ble lest i fulltekst for videre å bli inkludert eller ekskludert. 63 artikler ble deretter ekskludert grunnet manglende relevans, metodedesign eller populasjon. 23 kandidatartikler gjenstod for nøyere vurdering av kvalitet ved hjelp av CASP (Critical Appraisal Skills Program).

Gangen i datainnsamlingen presenteres under i flytskjemaet som er hentet fra PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse). Dette flytskjemaet ble anbefalt gjennom boken "Kvalitativ Metasynthese som forskningsmetode" (Malterud, 2017a).

Tabell 2: Flytskjema.



### PRISMA 2009 Flow Diagram



#### 4.4 Validitet og reliabilitet.

I metasynteser ivaretas validitet og reliabilitet gjennom screeningprosessen som utføres i utvalg av data. Den interne validiteten ivaretas ved å bruke systematiske kartleggingsmetoder slik at overførbarheten (eksterne validiteten) opprettholdes. Studiet blir da transparent og etterprøvbart for andre forskere. Ved å bruke for eksempel CASP-sjekklisten vurderes validiteten og reliabiliteten til primærstudiene som har blitt utvalgt. Ved å bruke sjekklister og analyseskjemaer tas det da stilling til hva resultatene i studiene sier noe om, og hvilken overførbarhet og verdi det har for denne metasyntesen (Malterud, 2017a, 2017b).

Ifølge de metodiske spillereglene til metasynteser, skal screeningen foretas av to personer. Det skal gjøres uavhengig av hverandre og parallelt. Hver enkelt person skal ta stilling til inklusjonskriteriene og velge primærstudiene ut fra hvem som oppfyller dem best. Da unngår man utvalget blir bias og transparensten ivaretas (Malterud, 2017a, 2017b).

#### 4.5 Forskningsetiske vurderinger.

Som forsker må man hele tiden handle å tråd med forskningsetiske retningslinjer. Forskning er underlagt lover som fremlegger hvordan forskere skal forholde seg. Da valget falt på metasyntese ble det ikke nødvendig å tenke på etikken rundt intervjuobjekter, ivaretagelse av anonymitet og sikker lagring av sensitive opplysninger. Likevel skal man ha kjennskap til det, da regelverket har vært aktuelt for primærstudiene. Det antas at forfatterne av primærstudiene har innhentet tillatelser. For å være på den sikre siden, ble det etiske vurdert i CASP (Malterud, 2017a).

I intervjuer får forskeren en nærhet til intervjuobjektene. Det opplever ikke forskeren i en metasyntese. Likevel må det vises respekt for deltakernes bidrag og for forskerens arbeid. Å være tro til deres funn når man skal fortolke deres arbeid på nytt, forebygger at deres data blir forvrent eller misforstått. Forskerne som skriver metasynteser må prøve å se for seg menneskene som har deltatt i primærstudiene. Dette kan redusere distansen. Produksjonen av ny kunnskap, basert på tidligere forskning, innebærer en forpliktelse om at man ikke bare pusler sammen syntesen slik det passer forskeren. Det

må planlegges med et grundig design og en god metode slik at resultatene kan bli bærekraftige innskudd i den vitenskaplige kunnskapsbanken. I dette foreligger det dermed en etisk forpliktelse for forskeren at han/hun skal skape noe nytt, og ikke repetere gammel kunnskap (Malterud, 2017a).

#### 4.6 Forskerens forforståelse.

Kirsti Malterud (2017b) vektlegger betydningen av at forskeren mestrer å ha en bevisst holdning til sin egen bakgrunn og forforståelse i forskningsprosessen. Hun mener det er denne "bagasjen" som hele tiden påvirker hvordan vi samler, leser og analyserer våre data på. Bakgrunnen og forforståelsen vår kan gi næring og styrke til forskningsprosjektet. I verste tilfelle kan dette bli en byrde som gjør at vi ikke klarer å fange opp ny kunnskap. Samtidig er det vår forforståelse som ofte gir oss motivasjon for å utforske og søke ny kunnskap (Malterud, 2017b).

Kjennetegn på dårlige kvalitative studier er de hvor det er likelydende beskrivelser av fenomener både i introduksjonen og datainnsamlingen. Da kan det undres på om forskeren har hatt "skylapper" på, og latt sin forforståelse prege datainnsamlingen. Dette påvirker hele det empiriske materialet. Leserne har krav på at resultatene i studiene skal stamme fra det empiriske materialet, og ikke fra forforståelsen. Dersom dette skjer kan det i beste fall bety at forskeren hadde en bred forforståelse og at studiet ikke har medført seg noe ny kunnskap. Da må man kunne diskutere om studiet har vært bortkastete ressurser, eller om det kun har vært for å bekrefte sine egne hypoteser. Det er viktig at forskeren har et aktivt og bevisst forhold til sin forkunnskap slik at dette kan forebygges (Malterud, 2017b).

Som forfatter av denne metasyntesen velger jeg derfor å synliggjøre min egen forforståelse i forhold til studiens problemstilling. Hoveddelen av min bakgrunn som sykepleier ligger innenfor psykiatrien. Daglig jobber jeg i en sengepost ved et distrikt psykiatrisk senter. Brukermedvirkning innen psykiatrien opplever jeg som høyst aktuelt da brukerne av helsetjenester innenfor denne grenen ofte er mer sårbare enn pasientene i somatikken. Jeg erfarer ofte at psykiatriske pasienter har, av ulike grunner, vanskelig for å ytre sine behov og meninger, og at det innenfor psykiatrien henger igjen rester av paternalistiske holdninger. Det utøves, til tider, en tankegang om at vi vet hva

som er det beste for pasienten, noe som kan komme til hinder for at pasientens ønsker blir hørt. Helsepersonell har jo gjennom sin utdanning og videreutdanning lært hva som trengs for å hjelpe pasientene. Siden vi så sterkt ønsker å hjelpe, og oppleve at vi er til hjelp, kan dette gå på bekostning av pasientenes brukermedvirkning.

Med dette som bakgrunnsteppe, har jeg gjennom hele forskningsprosessen tilstrebet å ha et kritisk blikk til min forforståelse og tolkning av primærstudiene. Samtidig har jeg etterstrebet å være lojal til forfatterne og resultatene i studiene jeg har gått i dybden på. Som enslig forfatter har det vist seg viktig og nødvendig med gode faglige diskusjoner med kollegaer, medstudenter og min veileder, for å kunne speile mine egne tanker og synliggjøre forforståelsen min.

Å forske i eget fagfelt krever at man åpner seg for andre måter å forstå sitt fagfelt på, og en villighet til å være ydmyk ovenfor ny kunnskap. Man må samtidig kunne legge til side sin forforståelse og tolkningsramme som man allerede har etablert innenfor fagfeltet (Malterud, 2017b).

#### 4.7 Analyse.

Analysen i dette studiet er utført etter Noblit og Hare (Malterud, 2017a, 2017b) sin metaetnografi fra 1988. Dette er den varianten av metasyntese som er mest brukt i dag. Formålet til metaetnografi er å videretolke og analysere primærstudiene i håp om å komme frem til noe mer og noe annet enn hva primærstudiene selv har funnet.

Noblit og Hare har utviklet en analyseprosess over 7trinn (Noblit og Hare 1988, lest i Malterud, 2017a, s. 79):

1. *Komme i gang*
2. *Beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen*
3. *Lese studiene*
4. *Ta stilling til hvordan studiene er beslektet*
5. *Oversette studiene til hverandre*
6. *Syntetisere oversettelsene*
7. *Formidle syntesen i tekst*



Malterud (2017a, s. 79) har beskrevet denne analyseprosessen litt mer utdypende:

1. *Formulere problemstilling, søkestrategi og gjennomføre et litteratursøk*
2. *Gjennomgå litteratursøket, utvikle seleksjonskriterier, vurdere kandidatartiklene i fulltekst og etablere et utvalg over de inkluderte artiklene. Lag en oversikt.*
3. *Lese primærstudiene nøye, vurdere relevans og validitet, få overblikk over temaene som studiene omfatter i resultatavsnittene.*
4. *Identifisere fellestrekk på tvers av primærstudiene og se etter sammenhenger mellom resultatene, lag matrise med oversikt over metaforer og relevante temaer.*
5. *Organiser og gjennomgå resultatene systematisk med fokus på å finne likheter og forskjeller i begrepsbruken i temaene og metaforene.*
6. *Gjennomgå de horisontale radene i matrisen slik at det utvikles en overordnet oversettelse som dekker temaene og metaforene, og skaper nye uttrykk som gir en original og selvstendig forståelse av fenomenene.*
7. *Formidle en utdypet og vel begrunnet forståelse av meningsinnholdet i uttrykkene fra syntesen som gjengis i den nye oversettelsen. Dette presenteres i resultatavsnittet.*

Punkt 1 og 2 ble henholdsvis presentert og beskrevet i kapittel 3 og 5. De resterende punktene vil bli presentert fortløpende.

#### 4.7.1 CASP-sjekkliste.

I punkt 3 av Noblit & Hare sin analyseprosess skal validiteten og reliabiliteten til artiklene sjekkes (Malterud, 2017a). Dette ble gjennomført ved bruk av "Critical Appraisal Skills Program", som er en anerkjent sjekkliste, for å sjekke kvaliteten på kvalitative forskningsartikler. Denne sjekklisen er utviklet innenfor den evidensbaserte medisinske tradisjonen. Versjonen som ble brukt i denne metasyntesen er fra 2013, og inneholder 10 spørsmål. Disse spørsmålene omhandler problemstilling, relevans av kvalitativ metode, konsistens mellom problemstilling og design, rekrutteringsstrategi, datainnsamling, relasjon mellom forsker og deltaker, etikk, analyse, resultatpresentasjon og nytteverdien. Alle 10 hovedspørsmålene har noen utdypende ledespørsmål, hvor man kan svare med ja, nei eller usikker (Malterud, 2017a, 2017b). CASP-sjekklisen ligger som vedlegg 4.

Ved å bruke en sjekkliste får forskeren trening i å bruke et kritisk blikk for å legge merke til detaljene i artikkelen som ellers ikke hadde blitt lagt merke til. Samtidig kan man evaluere relevansen og validiteten til artikkelen. Fokuset på bruk av sjekklister må ikke overdrives. CASP er et hjelpemiddel, ikke et mål. Man skal ikke tallfeste kvaliteten på en

forskningsartikkel ut i fra antall ja, nei eller usikker, men utøve skjønn når forskeren tar stilling til om artikkelen er av god eller dårlig kvalitet. Sjekklistene er også et godt hjelpemiddel for forskeren til å skape en metaposisjon til sitt eget arbeid (Malterud, 2017a, 2017b).

Etter nøye gjennomgang av de 23 kandidatartiklene ble 15 artikler til ekskludert, dette på grunn av manglende dybde i datainnsamlingen, mangelfull metodedeskrripsjon eller andre CASP- kriterier som gjorde at dem ikke ble vurdert som kvalitativt gode nok. 8 artikler stod igjen. Tabell 3 viser CASP-vurderingen av de inkluderte artiklene.

Tabell 3: CASP- oversikt over de 8 inkluderte artiklene.

CASP kriteriene	S.L. Connor & R. Wilson (2006)	A.C. Grundy et al. (2016)	R.K. Klausen et al. (2016)	T.A. Elstad & A.H. Eide (2009)	M.S. Matthias et al. (2012)	K.K. Myklebust & S. Bjørkly (2011)	S. Tveite n et al. (2014)	V. Mathisen et al. (2015)
1	No	Yes	No	No	No	Yes	Yes	Yes
2	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
3	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes/ no
4	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
5	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes/ can't tell	Yes	Yes/no
6	Yes	Yes	Can't tell	Can't tell/ yes	Can't tell	Yes	Can't tell/ yes	Yes/ can't tell
7	Can't tell	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
8	Yes/ can't tell	Yes	Yes/ can't tell	Can't tell/ yes	Yes/ Can't tell	Yes/ can't tell	Yes/no	Yes/ no
9	Yes/ no	Yes/ no	Yes/no	Yes	Yes	Yes	Yes/ can't tell	Yes
10	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes/ no	Yes	Yes

I de rutene hvor det er oppført to svar, er det fordi hovedspørsmålet gjerne kunne besvares med et yes/no/ can't tell, men at et av de ledende underspørsmålene gjerne ikke kunne besvares. Ikke alle de inkluderte studiene hadde tydelig spørsmålsformulert problemstilling, men når de beskrev hensikten med studiet kom det tydelig frem hva de ønsket å undersøke. Alle artiklene brukte en kvalitativ tilnærming til datainnsamlingen, og forklarte hvorfor denne metoden ble valgt. Videre var det også tydelig hvordan datainnsamlingen hadde foregått i alle de inkluderte artiklene. Det var heller mer uklarhet på spørsmål 6-8, som omhandlet relasjonen mellom forskerne og deltakerne og samsvar mellom resultat og problemstilling. Til tross for flere "no" og "can't tell" var de

8 artiklene rike på informasjon fra datainnsamlingen, og ble vurdert som kvalitativt gode artikler.

#### 4.7.2 Presentasjon av de utvalgte primærstudiene.

Etter nøye gjennomgang ble 8 artikler vurdert som kvalitativt gode, med sterk informasjonsstyrke, for å kunne bli brukt i dette studiet. 3 artikler tar kun for seg pasientperspektivet, 3 artikler tar kun for seg helsepersonellperspektivet og 2 tar for seg begge perspektivene. Tabell 4 viser en kort presentasjon av de inkluderte artiklene.

Tabell 4: Presentasjon av de inkluderte artiklene.

<b>Forfatter (år)</b>	<b>Tittel</b>
S.L. Connor & R. Wilson (2006)	<i>"It's important that they learn from us for mental health to progress."</i>
A.C. Grundy, P. Bee, O. Meade, P. Callaghan, S. Beatty, N. Olleveant & K. Lovell. (2016)	<i>"Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: a qualitative exploration of service users perspectives."</i>
R.K. Klausen, B.H. Blix, M. Karlsson, S. Haugsgjerd & G. Lorem. (2016)	<i>"Shared decision making from the service users' perspective: A narrative study from community mental health centers in northern Norway."</i>
T.A. Elstad & A.H. Eide (2009)	<i>"User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals."</i>
M.S. Matthias, M.P. Salyers, A.L. Rollins & R.M. Frankel. (2012)	<i>"Decision Making in Recovery-oriented Mental Health Care."</i>
V. Mathisen, A. Obstfelder, G. Lorem & P. Måseide. (2015)	<i>"Brukermidvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av "brukermidvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter."</i>
S. Tveiten, R.F. Onstad & M. Haukland. (2014)	<i>"Refleksjon over praksis i lys av empowerment – en fokusgruppeundersøkelse."</i>
K.K. Myklebust & S. Bjørkly. (2011)	<i>"Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermidvirkningsrelasjoner – en kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere."</i>

Vedlegg 5 viser en mer utdypende presentasjon. Tabellen viser også et analyseredskap som fremhever de mest sentrale kjennetegnene i artiklene, som tittel, forfattere, utgivelses år, perspektiv/tilnærming, metode, deltakere og søkemetode (Friberg, 2017; Malterud, 2017a).

De inkluderte artiklene fulgte det kjente IMRAD-prinsippet . De er skrevet etter en fast oppskrift; Innledning, Metode, Resultater og Diskusjon. Ved at forfatterne av primærstudiene har fulgt denne oppskriften gjør artiklene mer leservennlige. I innledningen er det viktig at forfatterne beskriver sin motivasjon, bakgrunnen samt hensikt for studiet. I metodeavsnittet skal design, utvalg, materiale og analysen beskrives. Resultatene presenterer selve artikkelens kjerne; hva datainnsamlingen og analysen har produsert av ny kunnskap. Diskusjonsdelen reflekterer over funnene som har blitt presentert i resultatavsnittet. Det reflekteres også over metodologiske styrker og svakheter ved studiet. Diskusjonen skal løfte frem den nye kunnskapen. I konklusjonen samles trådene, og inneholder et avsnitt med implikasjoner for praksis (Malterud, 2017a).

Et av eksklusjonskriteriene var at ingen av artiklene skulle være eldre enn fra 2007. Artikkelen *"It's important that they learn from us for mental health to progress"* (Connor & Wilson, 2006) ble først oppgitt som ha blitt publisert i 2009. Ved å gå i dybden på den, ble det oppdaget at det var feil. Artikkelen er utgitt i 2006, men ble publisert på nett i 2009. Artikkelen har likevel blitt inkludert på grunn av sin informasjonsstyrke, og da den ikke er mer enn 1år eldre enn max grensen.

Et annet eksklusjonskriterie var studier som kun fokuserte på polikliniske pasienter. I studiet *"Decision making in Recovery-Oriented Mental Health Care"* (Matthias, Salyers, Rollins & Frankel, 2012) er det uklart hva slags pasientgruppe de behandler. Det kommer ikke frem hvorvidt pasientene er innlagt mens intervjuene er utført, men at det er pasienter som tilhører et lokalt distriktpsykiatrisk senter i midtvesten USA. Til tross for denne usikkerheten var artikkelen av god kvalitet og ga et godt innblikk i samhandlingen mellom behandler og pasient. Derfor ble den likevel inkludert i metasyntesen.

Ellers er resten av artiklene utgitt mellom 2009 og 2016. Alle har blitt funnet gjennom ordsøk fra de ulike databasene. Alle primærstudiene har blitt utgitt gjennom kjente internasjonale forlag, som for eksempel Journal of Mental Health, Nordic Journal of Nursing Research, Social Work in Mental Health og så videre. For en bedre oversikt over artiklene se vedlegg 5.

#### 4.7.3 Analysekjema og kategorieoversikt.

For å bli bedre kjent med artiklene ble det laget analysekjemaer hvor alle 8 primærstudiene ble analysert. Analysekjemaene tar for seg forfattere, årstall for utgivelse og forlag. Deretter beskrives bakgrunnen for studiet, hensikten og metoden som har blitt brukt. Til slutt oppsummeres resultatene. Ved å ta for seg hver eneste artikkel på denne måten ble de godt delt opp og gått i dybden på. Dette gjorde arbeidet lettere med å forstå helheten i artiklene. Se vedlegg 6 for å se analysekjemaene.

Resultatkategoriene er oppgitt på originalspråket. Denne resultatkategori-oversikten gir støtte til analysen ved å gi et mer spesifikt syn på materialet. Dette gjør det enklere å se fellestrekkene mellom artiklene, noe som kan gjøre det lettere å spisse resultatene. Det kan bidra til å skape kunnskap som ikke er kjent fra før (Malterud, 2017a, 2017b) Se tabell 5 for en oversikt over resultatkategoriene fra hver artikkel.

Tabell 5: Oversikt over resultatkategoriene

<b>Førsteforfatter</b> <b>Årstall</b> <b>Nøkkelord</b>	<b>Resultat kategorier</b>
S.L. Connor (2006): <i>Mental health</i> <i>User involvement</i> <i>Views</i> <i>Grounded Theory</i>	1. Language 2. Mental health professionals 3. Models of care 4. Information & communication
A.C. Grundy (2016): <i>Patient experience</i> <i>Qualitative methodology</i> <i>User involvement</i>	The 10 C's of care planning:  Procedural elements: 1. Establishing a connection 2. Demonstrating the users' contribution 3. Ensuring care planning currency 4. Achieving consolidation 5. Instilling consequence  Agent-centred elements: 6. Acknowledging service user capacity 7. Nurturing service user confidence 8. Facilitating professional consultation 9. Enabling choice 10. Advocating clarity of expression
R.K. Klausen (2016): <i>Health care</i> <i>Mental health</i> <i>Social work</i>	Shared decision making in 4 contexts: 1. during admission 2. in individualized treatment 3. in different treatment contexts 4. in user-professional relationships.
T.A. Elstad (2009): <i>User participation</i> <i>Community mental health</i> <i>Experiences of users and professionals</i>	1. User participation – experiences and preferences 2. an environment that promotes user participation 3. professional help, responsibility and user participation.
M.S. Matthias (2012): <i>Shared decision making</i> <i>Illness management</i> <i>Recovery-oriented care</i> <i>Qualitative research</i>	Decisions fell into 3 domains: 1. medication decisions 2. the consumer's follow-up appointment 3. "other"
V. Mathisen (2015): <i>Brukermedvirkning</i> <i>Psykisk helsearbeid</i> <i>Feltarbeid</i> <i>Miljøterapi</i> <i>Dilemmaer</i>	3 forhold som vanskeliggjorde inklusjon av pasienter: 1. manglende engasjement 2. balansering mellom individuelle og kollektive hensyn 3. konstant pågående press
S. Tveiten (2014): <i>Empowerment</i> <i>Focus groups</i> <i>Legitimization</i> <i>Partient participation</i> <i>Psychiatric care</i>	1. Systemrelatert legitimering av handlinger: A) regler og rutiner i avdelingen B) organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten.  2. Faglig relatert legitimering av handlinger: A) Kunnskap om pasienten B) Holdninger
K.K. Myklebust (2011): <i>User participation</i> <i>Mental health worker</i> <i>Self-psychology</i>	1. Grunntilnærminger hos hjelpere 2. Utfordrende brukerrespons 3. Tilnærminger til de utfordrende brukerresponsene.

#### 4.7.4 Matriser og tolkningsnivåer.

Etter å ha laget en kategorieoversikt var neste skritt å dele analysen opp i de to ulike perspektivene som dette studiet tar for seg. Punkt 4, 5 og 6 i Noblit og Hare sin analyseprosess tar for seg matriselaging, hvor metaforer og sentrale temaer blir kategorisert og nøye gjennomgått. Matrisen skal brukes til å skape en systematisk oversikt over studienes fellestrekk og hvor bærekraftige resultatene er. Neste trinn blir å oversette studiene til hverandre. Metoden som har blitt brukt i dette studiet er å lage en matrise med 3 ulike tolkningsnivåer, og på slutten av hvert tolkningsnivå kommer forfatterens tolkning. Dette betyr en mer tematisk organisering av hovedfunnene, før det deretter foretas en syntese (Malterud, 2017a).

*Førsteordens begreper* er utsagn fra deltakernes intervjuer i primærstudiene, slik de kommer til uttrykk i rådataene. *Andreordens begreper* er hovedfunnene som blir representert i resultatavsnittet, slik forfatterne av primærstudiene har tolket dem. Disse dataene utgjør utgangspunktet for denne metasyntesen. *Tredjeordens begreper* er forskerens sammenfatning, fortolkning og syntese av de to foregående begrepene. Her skal resultatene fra primærstudienes eksisterende kunnskap bearbeides og tolkes videre (Malterud, 2017a).

I matrisene som har blitt brukt i dette studiet er det også blitt lagt til en kolonne på slutten som heter "min tolkning". I denne kolonnen er det foretatt en syntese av hvert enkelt av tolkningsnivåene. Dette fordi det da ble lettere å se fellestrekkene mellom metaforene og temaene i studiene igjennom hele matriseanalysen. Se vedlegg 7 og 8 for utdypende matriser med oversikt over primærstudiene som tar for seg de to perspektivene.

Analysen til de to matrisene ble gjennomført med et overordnet teoretisk rammeverk i bunn. Det teoretiske rammeverket bygger på utviklingsteori og psykodynamisk relasjonsbehandling. Dette er med på å påvirke hvordan metaforer og hovedfunn har blitt videre syntetisert for å danne en ny original forståelse av funnene. Samtidig har tolkningene blitt gjort slik at det belyser problemstillingens natur; nemlig brukervedvirkning. Kolonnen som heter "min tolkning" er endepunktet for syntesen og analysen, og som vil skape utgangspunktet for hovedtemaene i resultatavsnittet. Det må

også huskes at disse matrisene ikke er selve syntesen, men en stikkordsoversikt. Her skal de viktigste elementene tas med, og skrives om i resultatavsnittet (Malterud, 2017a).

#### 4.7.5 Abstrahering av temaer.

I videreutviklingen av tredjeordensbegrepene, fra syntetiseringen i matrisene, til undertemaer og hovedtemaer har trinn 3 i systematisk tekstkondensering blitt brukt. Å bruke deler fra en annen metode kan gjerne oppleves forvirrende. En metaetnografi kjennetegnes derimot av gjennomgående oversettelser av metaforer, hvor prosessen og presentasjonen skal tydeliggjøres. Trinn 3 fra systematisk tekstkondensering hjelper med å skape oversikt og transparens på hvordan analysen har blitt utført (Malterud, 2017a, 2017b). Tabell 6 viser hvordan dette trinnet har blitt utført.



Tabell 6: Systematisk tekstkondensering for å abstrahere subtemaer og hovedtemaer:

Helsepersonell perspektiv	Deskriptive temaer tatt fra "min tolkning"	Analytiske temaer / Subtemaer	Hovedtemaer
	<p>1. Fagpersonell slites mellom ønsket å motivere pasient til brukermedvirkning og ansvarliggjøring, og føler at de tvinger pasientene i aktivitet. Å ha fokus på hele pasientgruppen må også prioriteres foran enkeltindividers særegne behov.</p> <p>2. Vanskelig balanse mellom brukermedvirkning i miljøterapi og helt individuell og tilrettelagt brukermedvirkning i behandling, uten at det skal gå utover fagligheten.</p> <p>3. Det kreves mer kunnskap om hvordan å best mulig implementere brukermedvirkning inn miljøterapeutiske enheter.</p>	<p>Motivasjon vs tvang</p> <p>Fokus på alles behov</p> <p>Miljøterapi vs individuell behandling</p> <p>Faglighet vs fleksibilitet</p> <p>Forventningspress</p> <p>Kunnskap</p>	<p>Hindrende faktorer til brukermedvirkning?</p> <p>Fremmede faktorer til brukermedvirkning?</p>
Pasient perspektiv	Deskriptive temaer tatt fra "min tolkning"	Analytiske temaer / Subtemaer	Hovedtemaer
	<p>1. God brukermedvirkning er når pasienten opplever å bli lyttet til og bli tatt seriøst.</p> <p>2. Brukermedvirkning avhenger av de at profesjonelle møter pasientene med gode holdninger i alle faser og kontekster av behandlingen.</p> <p>3. Holistisk behandling, med en psykodynamisk tilnærming til pasienten. God relasjon tilrettelegger for involvering som skaper gode bedringsprosesser.</p>	<p>Å bli møtt med respekt</p> <p>Paternalistiske holdninger</p> <p>Kunnskap er makt.</p> <p>Profesjonalisme</p> <p>Holistisk behandling</p> <p>Psykodynamisk tilnærming</p> <p>God og trygg relasjon</p>	<p>Hindrende faktorer til brukermedvirkning?</p> <p>Fremmede faktorer til brukermedvirkning?</p>

Ved å skape en systematisk og oversiktlig tabell opprettholdes reliabiliteten og validiteten til studiet. Ved å abstrahere, sammenfatte fenomenene, kommer forslag til subtemaene og hovedtemaene lettere til syne. De deskriptive temaene er hentet fra endepunktet av syntesen "min tolkning". Ved å videreutvikle allerede nyutviklet kunnskap vil originaliteten forsterkes og man unngår research waste (Malterud, 2017a, 2017b).

## 5.0 Resultater.

Gjennom analysen av de inkluderte artiklene kom det fram to hovedtemaer. Hovedtemaene er felles for begge perspektivene, og de har deretter blitt delt opp i undertemaer som er rettet mot det aktuelle perspektivet. Til sammen ble det 9 undertema. Det oppleves at disse temaene er de som beskriver fellestrekkene i artiklene best. Hovedtema og undertemaene blir presentert i tabell 7.

Tabell 7: Presentasjon av hovedtemaer og undertemaer

<b>Perspektiv</b>	<b>Hovedtema</b>	<b>Undertema</b>
<b>Helsepersonell</b>	Hindrende faktorer til brukermedvirkning.	Manglende engasjement. Forventningspress Individ versus miljø.
	Fremmende faktorer til brukermedvirkning.	Kunnskap om pasienten Tilnæringsmetode
<b>Pasient</b>	Hindrende faktorer til brukermedvirkning.	Stigma Paternalisme
	Fremmende faktorer til brukermedvirkning.	Relasjonens betydning Kommunikasjon og informasjon

### 5.1 Helsepersonells opplevelse av hindrende faktorer til brukermedvirkning.

Det fremkommer i artiklene som tar for seg helsepersonellens perspektiv at de opplever flere ulike hindringer for å klare å tilrettelegge for god brukermedvirkning. Noe av det intervjuobjektene rapporterer er pasientenes manglende engasjement i egen behandling. Helsepersonellet opplever også å bli utsatt for krysspress fra ulike retninger, som fra "systemet", fra pasientene og fra moralske forpliktelser. Dette skaper dilemmaer for helsepersonellet som forplanter seg videre til hvordan å tilrettelegge for brukermedvirkning for både individet og det kollektive miljøet (Elstad & Eide, 2009; Mathisen, Obstfelder, Lorem & Måseide, 2015; Matthias et al., 2012; Myklebust & Bjørkly, 2011; Tveiten, Onstad & Haukland, 2015).

### 5.1.1 Manglende engasjement.

Majoriteten av artiklene som handler om helsepersonellens perspektiv problematiserer engasjementet hos pasientene. Intervjuobjektene rapporterer alt fra totalt manglende engasjement til varierende engasjement hos pasientene over tid.

I studiene av Elstad og Eide (2009) og Mathisen, Obstfelder, Lorem og Måseide (2015) forteller resultatene om hvordan flere av pasientene, som er innlagt, får tilbud om brukermedvirkning men selv ikke ønsker å delta i beslutninger. Den ene pasienten sa selv;

*"I am not very active in that area, but it is good that it is possible for those who want to, to participate in decisions about activities (Elstad & Eide, 2009, s. 677)".*

Dette samsvarer med helsepersonellens opplevelse, hvor de forteller;

*"there were great variations in users' wishes to take part in decision-making and this could also vary over time for individual users (Elstad & Eide, 2009, s. 678)".*

Helsepersonellet i disse studiene (Elstad & Eide, 2009; Mathisen et al., 2015) mente selv at brukerinvolvering og deltakelse var viktig trening for pasientene. Dette for å kunne bygge opp selvtilliten slik at pasientene ble bedre rustet til å takle hverdagslivets utfordringer, men at det mange ganger føltes ut som de måtte overtale pasientene. Helsepersonellet beskrev dilemmaer som oppstod når de skulle motivere pasientene til å involvere seg og medvirke i valg samtidig som de skulle tilrettelegge for ro og hvile;

*"... and take your own time. But on the other hand we want active participation and we spend a lot of time every day motivating and putting pressure on people (Elstad & Eide, 2009, s. 678)".*

Helsepersonellet "Frank" ordla seg slik:

*"Hva er det jeg holder på meg? ... Dette er jo ikke brukermedvirkning! Men det er jo en daglig utfordring at pasientene ikke vil noen ting... Det føles nesten som om vi tvinger noen til å gjøre noe, hele dagen lang... (Mathisen et al., 2015, s. 21)".*

Helsepersonellet opplevde altså å måtte presse pasientene lengre enn hva de mente var behagelig, og at dette kunne medføre at de underkjente pasientenes ekspertise og erfaringer på egen sykdom (Elstad & Eide, 2009; Mathisen et al., 2015).

Resultatene i studiene til Myklebust og Bjørkly (2011) og Matthias, Salyers, Rollins og Frankel (2012) formidler også et varierende engasjement fra pasientene, og beskriver lange løp med forsøk på å finne brukernes motivasjon og mål.

Et helsepersonell spurte en pasient;

*"How are you feeling about that change we made in your medicine? You okay with leaving all your doses and the medicines the same, but just taking them later like this? (Matthias et al., 2012, s. 6)"*

og pasienten svarte ;

*"I'll do whatever you want to do... (Matthias et al., 2012, s. 6)"*

Helsepersonellet opplevde seg selv som fleksible, og med evne til å omstille seg raskt når brukerne selv ble klar for handling. Likevel opplevde de flere av brukere som kompromissløse. De forlangte annen hjelp enn hva helsepersonellet fant terapeutisk. Frykten var at brukerne skulle avslutte helsehjelpen og bryte kontakten med dem.

*"Jeg må bare godta. Brukeren får det han ber om, men veksten uteblir, og det kan virke som om håpet har blitt borte (Myklebust & Bjørkly, 2011, s. 37)"*

Intervjuobjektene opplevde til tider dårlig samspill med pasientene, til tross for å være pasient-fokusert (Matthias et al., 2012; Myklebust & Bjørkly, 2011).

### 5.1.2 Forventningspress

Helsepersonell blir i dag bombardert med forventninger fra ulike hold. Der var forventninger fra arbeidsstedet om å følge avdelingens regler og rutiner, forventninger fra pasientene om å få alt tilrettelagt, forventninger om behandlingseffektivitet og sist men ikke minst forventninger knyttet opp til hvordan helsepersonellet praktiserte og utførte sin yrkes ed. Alle disse forventningene virket i forskjellige nivåer og på forskjellige måter, men det de hadde til felles var at de påvirket samhandlingen med pasientene og la moralske konvensjoner for hvordan helsepersonellet skulle forholde seg til dem (Mathisen et al., 2015; Tveiten et al., 2015).

Tveiten, Onstad og Haukland (2015) har i deres studie kommet frem til at en faktor som påvirket brukermedvirkningen og myndiggjøringen til pasientene, var hvordan den psykiatriske helsetjenesten var organisert. Rammebetingelser som tidspress og kort

behandlingstid styrte helsepersonellet og ga dem mindre slingringsmann for å tenke brukermedvirkning og myndiggjøring.

*” Vi skal rekke mer på kortere tid. Vi har også dårligere pasienter. Man har veldig ofte følelsen av å gjøre en uferdig jobb... De er jo her bare 3-4 uker... De får ikke tid til å medvirke (Tveiten et al., 2015, s. 139).”*

Intervjuobjektene ga uttrykk for at det var behov for mer oppfølging etter utskrivelse, og bedre kunnskap om pasientene ved innskrivelse. Systemet var blitt endret og helsepersonellet opplevde at det i dag manglet et effektivt for- og ettervern, noe som de mente påvirket samhandlingen med pasientene.

*”Nå begynner vi først å bli kjent når pasientene kommer inn. Tidligere med forvern kjente vi dem liksom litt fra før. Nå går vi glipp av veldig mye. Vi hører ikke lenger så mye på pasientenes stemme, men nå blir det litt mer tredd nedover hodet på dem (Tveiten et al., 2015, s. 139).”*

Intervjuobjektene mente dette gjorde behandlingen mindre individuell, som dessverre påvirket empowermenttenkningen og brukermedvirkningen (Tveiten et al., 2015).

Forventningene om behandlingseffektivitet, økonomi og de institusjonelle forventningene om å følge rammeverket, førte til nedjustering av den psykiske og medisinske behandlingen. Helsepersonellet opplevde at de måtte presse pasientene til deltakelse på bekostning av de individuelle hensynene som burde bli tatt. Mangel på innleie av ekstravakter gjorde at helsepersonellet måtte la være å sitte inne hos en dårlig pasient og avlyse fellesaktiviteter for å kunne være tilstede og tilgjengelig ute i miljøet. Lojaliteten som helsepersonellet hadde til arbeidsplassen, og forventningene til at de fulgte reglene og rutinene, satte pasientene i konstant fare for manglende samspill, aktiviteter og ekskludering fra medvirkningsprosesser (Elstad & Eide, 2009; Mathisen et al., 2015).

Noen av deltakerne i studiet til Elstad og Eide (2009) uttrykte en frykt for at effektiviseringen og økt brukermedvirkning ville medføre nedbudsjetteringer og kutt i ressursene til de psykiatriske helsetjenestene. ”Erik” sa

*”One can be suspicious and think that this is really about money. It may be about participation and the responsibility that we have to take ourselves, but it may also mean that the professionals disappear and the users shall run these centres themselves (Elstad & Eide, 2009, s. 679).”*

Helsepersonellet var derfor av den oppfattelsen at det var svært viktig å kunne redegjøre for pasientene hva brukermedvirkning betyr i praksis. De opplevde det viktig at brukermedvirkning ikke bare ble et fancy begrep brukt av de profesjonelle (Elstad & Eide, 2009).

### 5.1.3 Individ versus miljø.

I arbeidet til helsepersonellet var det et sentralt aspekt å passe på pasientene, og samtidig aktivere dem. Mye av arbeidet var å tilpasse og motivere til deltakelse i fellesaktivitetene. Helsepersonellet var forpliktet til å jobbe ut i fra miljøterapeutiske prinsipper. Dette skapte dilemmaer, da de alltid forsøkte å utvikle individuelle behandlingsplaner til den enkelte pasient, som skulle inkludere de miljøterapeutiske prinsippene. Å utføre aktiviteter etter hver enkelt pasients ønske og behov opplevde helsepersonellet som umulig å realisere. Da kunne de ikke ta seg av de nyinnlagte pasientene, selv om de også hadde ansvar for dem som hadde vært innlagt over lengre tid. Pasientene var i ulike faser av behandlingen og sykdomsforløpet, og helsepersonellet måtte derfor hele tiden tilpasse seg et kontinuum av individuelle pasienttilstander (Mathisen et al., 2015).

Viktigheten med å ha et trygt og godt miljø som tilrettela for brukermedvirkning og som opplevdes konfliktfritt ble understreket av alle deltakerne i Elstad og Eide (2009). Helsepersonellet hadde en viktig rolle i å skape et sosialt miljø hvor alle kunne bli hørt, og som fremmet positiv relasjonsbygging. Samtidig var det vesentlig at helsepersonellet evnet å være autoritative, slik at det alltid var en tydelig ledelse.

*"Someone has to see the whole group... We have to organize so that most users shall be able to have an influence. This is part of enhancing the users' social competence, and the reason for us being there... (Elstad & Eide, 2009, s. 678)".*

Helsepersonell påpekte viktigheten med å ha regler og rutiner i miljøet, slik at det skapte forutsigbarhet og trygghet for pasientene. Mange av disse rutinene og reglene var derimot skapt av helsepersonellet, og reflekterte deres vurderinger av hva som var til pasientenes beste. Det kom til uttrykk at pasientene hadde liten innflytelse på beslutninger tatt på systemnivå. Det ble heller vektlagt at de fikk innflytelse på sin

individuelle behandling. Ble det bestemt en fellesaktivitet var det viktig å gjennomføre den, selv om noen pasienter ikke ønsket å delta. Hensynet til fellesskapet kom foran hensynet til den enkelte (Mathisen et al., 2015; Tveiten et al., 2015).

## 5.2 Helsepersonells opplevelse av fremmede faktorer til brukermedvirkning.

Studiene, som tar for seg helsepersonellens opplevelser, formidler at de foruten å oppleve flere ulike hindringer, for god brukermedvirkning, også opplever fremmede faktorer. Det intervjuobjektene rapporterte var at å ha kunnskap om pasienten og helsepersonellens tilnæringsmetode var svært viktig i forhold til hvordan å best tilrettelegge for suksessfull brukermedvirkning (Elstad & Eide, 2009; Mathisen et al., 2015; Matthias et al., 2012; Myklebust & Bjørkly, 2011; Tveiten et al., 2015).

### 5.2.1 Kunnskap om pasienten.

Å jobbe med psykisk syke mennesker krevde kunnskaper, fra helsepersonellet, om diagnose, behandling og ikke minst om pasienten. Det hadde stor betydning for evnen å tilrettelegge for brukermedvirkning. Å kjenne pasientens behov, kompetanse, ønsker og mål var vesentlig for å kunne kartlegge deres sårbarhetsfaktorer og mestringssevner. Uten denne kunnskapen ville ikke helsepersonellet lykkes med å tilrettelegge for at pasienten kunne involvere seg og lykkes i sin behandling (Tveiten et al., 2015).

*”... betyr det at jeg skal sette meg ned og høre på pasienten, hva han sier... jeg vil da ha gode begrunnelser for det faglige opplegget og mine faglige tanker... For at vi skal ha et faglig godt tilbud (Tveiten et al., 2015, s. 139).*

Brukermedvirkning og empowerment i en pasient-helsepersonell relasjon er bygget på gjensidig respekt, ydmykhet og maktfordeling. Helsepersonellet må respektere og være ydmyk ovenfor pasientens ekspertise på egen sykdom og sykdomsopplevelse. Pasienten må respektere helsepersonellens faglige ekspertise. Ved å bli kjent med pasienten og motivere pasienten til å stole på sin egen ekspertise, måtte helsepersonellet være villig til å gi fra seg makt. Brukermedvirkningen innebar at pasienten tok eierskap for sin behandling. Ved at pasienten forpliktet seg, overfor målene og tiltakene som ble satt i fellesskap med helsepersonell, fikk pasienten et



medansvar, noe som styrket deres mestringsevne, selvtillit og compliance (Tveiten et al., 2015).

En viktig del av å ha kunnskap om pasienten for å tilrettelegge for brukermedvirkning og empowerment, var å vite når man ikke skulle presse dem til deltakelse og aktivitet. Å la pasientenes behov for beskyttelse og støtte komme foran deres behov for engasjement og gyldiggjøring handlet om å møte pasienten der hvor han var (Elstad & Eide, 2009; Mathisen et al., 2015).

*"When one is ill, one wants the staff to have good professional knowledge, so that they are able to understand what is wrong and to take care of my interest and to care for me when I need it. (Elstad & Eide, 2009, s. 678)*

Å ha aksept for at pasienten hadde et behov for en "time-out", altså å slippe å delta i avdelingens fellesaktiviteter eller andre miljøterapeutiske tiltak, var også å tilrettelegge for pasientens brukermedvirkning. Brukermedvirkning er ikke synonymt med "behandling" og "behandlingseffektivitet" (Mathisen et al., 2015).

Helsepersonell er viktige bærere av håp for pasientene, noe som fremheves fra flere brukere. Kjennskap til hvorfor pasienten kun lå i sengen eller på sofaen, utgjorde forskjellen på å oppleve den pasienten som uten sykdomsinnsikt og samarbeidsvilje, men heller som en person med behov for mer praktisk bistand og fleksibilitet fra helsepersonellens side. Viten om at pasientens tilstand kunne endre seg, og forståelse for at pasienten ikke alltid kunne delta var styrkende for pasientenes opplevelse av å medvirke og være myndiggjort (Myklebust & Bjørkly, 2011).

I samtalene mellom helsepersonell og pasientene i Matthias et. al. (2012) var kunnskap om pasienten, hans /hennes diagnose, mestringsevner, kompetanse, sårbarhetsfaktorer, ønsker og mål for behandlingen elementært for å lykkes i involveringen i avgjørelsene. Forhandlinger rundt behandling og medikamenter forekom så å si i alle konsultasjonene, og en felles beslutning ble tatt på grunnlag av åpen deling av bekymringer og meninger fra begge partier.

*"Provider: Well, we had talked about (medication) as a possible option to take at night, but as you know, that would involve blood draws every week.*

*Consumer: Uh-huh.*

*Provider: And, of course, my ulterior motive is that I think it might help some of those other symptoms you have of schizophrenia. Where are you with that?*

*Consumer: Schizophrenia... for the past few weeks, I'm feeling better. It's let up and so... knock on wood. (shared laughter) 'Cause I don't want it to come back. It's just kind of leaving.*

*Provider: Okay. You want to just not rock the boat right now then?*

*Consumer: Yeah.*

*Provider: Put this (medication) option on the back burner?*

*Consumer: Yeah*

*Provider: Okay. Well I'm glad it's lettin' up."*

*(Matthias et al., 2012, s. 5)*

Ved at helsepersonellet delte informasjon om medikamentet og hva det innebar å ta den, samt anerkjente pasientens ekspertise på sin egen sykdom, og deres erfaringer rundt tidligere behandling ble avgjørelsene i denne samtalen tatt av pasienten, på grunnlag av suksessfull brukermedvirkning (Matthias et al., 2012).

### 5.2.2 Tilnæringsmetoder.

Ifølge informantene i Tveiten et. al. (2015) preges samhandling med pasienter av at helsepersonell tilnærmet seg pasienten på en viss måte. Ikke alltid var dette bevisst. Spør man helsepersonell hvorfor de utførte den handlingen på den måten vil det som oftest legitimeres ut i fra fagkunnskaper, eller avdelingens rutiner og regler. Kunnskap om hvordan å best tilnærme seg pasienter, for å tilrettelegge for medvirkning og involvering, ble ansett som viktig av helsepersonellet. En viktig del av tilnærmelsesmetoden var helsepersonellens holdninger. I fokusgruppeintervjuene ble det diskutert hva som mentes med gode holdninger. Begrepene "respekt" og "ærlighet" ble derimot to nøkkelord. Å ha respekt for pasienten måtte gjennomsyre alle aspekter av helsepersonellens fremtredelse. Ved å vise respekt så anerkjente man pasientens ståsted og verdier (Tveiten et al., 2015).

*"Selv om vi kanskje går inn og bestemmer av og til, så gjør vi det jo med respekt for pasientene – vi overkjører dem jo ikke på noe vis (Tveiten et al., 2015, s. 139).*

*"... man trenger ikke å være enig, men det er viktig å være ærlig, og heller forklare hvorfor man har andre meninger (Tveiten et al., 2015, s. 139)*

Helsepersonellets selvforståelse var at de hadde gode holdninger og utøvde god relasjonskompetanse. De var av den opplevelse at deres utøvelse av praksis var pasient-sentrert og alltid ute etter å handle til pasientens beste (Tveiten et al., 2015).

*”... Jeg tenker at jeg legger vekt på å få kontakt med pasienten, slik at han/hun blir trygg på meg. Og lytte, aktivt lytting. Og det å skape en allianse, det vil si slik at pasienten kan føle seg trygg på at jeg er den jeg er. Også i en sånn gjensidig respekt (Tveiten et al., 2015, s. 139)”.*

Gjennom å skape allianse, lytte aktivt og vise respekt for pasientens iboende verdi klarte helsepersonellet tilnærme seg pasienten for å skape brukermedvirkning. De ivaretok prinsippene om empowermenttenkning ved å involvere pasienten gjennom utveksling av informasjon og maktfordeling. Asymmetriske roller ble kjennetegnet av ujevne maktforhold. Helsepersonellet var derimot klar over sin makt i kraft av kunnskap og stilling. Denne makten ble aktivt brukt av helsepersonellet for å bedre pasientenes posisjon. Slik makt kalles pastoralmakt. Den kjennetegnes ved at den produserer selvbekjennende individer; å søke etter sannheten om seg selv ved å bekjenne seg ovenfor andre. Helsepersonellet opplevde at deres oppgave ble dermed å skape de nødvendige forutsetningene for at pasientene skulle klare å ta gode, selvstendige og kunnskapsbaserte valg (Tveiten et al., 2015).

Myklebust og Bjørkly (2011) hadde i sitt studie fokus på hvordan en selvpsykologisk tilnæringsmetode hos helsepersonellet kunne påvirke brukermedvirkningen hos pasientene. Selvpsykologi er en psykodynamisk retning, som fremhever betydningen av relasjoner for å skape mening og vekst, hvor samtalen er det sentrale. Å ha en selvpsykologisk tilnærming forutsetter at makten er rettferdig fordelt.

Intervjuobjektene fortalte at de vektla å kunne skape gode relasjoner med pasientene, og vite hvordan å bevare dem. En måte dem valgte å gjøre det på var gjennom affektinntoning. Ved at helsepersonellet utforsket hvordan pasienten opplevde relasjonen og situasjonen, ble forståelsen til helsepersonellet økt og pasienten følte seg møtt. Flere av helsepersonellet fortalte også om pasientenes manglende målsettinger, og ved å være selvpsykologisk og psykodynamisk klarte de å forstå at pasientenes manglende målsetting handlet om manglende nærhet til sine egne følelser.

Helsepersonellet hadde stort fokus på å være pasient-sentrert, gjennom å inneha en åpen holdning og være fleksibel, men samtidig sette forventninger til pasientene. Ved å

ikke ukritisk møte alle pasientenes forespørsler og ønsker, men hjelpe og støtte dem til å jobbe seg videre i livet opplevde helsepersonellet at de inntonet seg pasientene slik at de skulle føle seg forstått og møtt. (Myklebust & Bjørkly, 2011).

Når helsepersonellet tilnærmet seg pasientene ut i fra demokratiseringsidealer som ligger til grunn for brukermedvirkning, ved å blant annet forsøke å imøtekomme pasientenes ønsker, opplevde de at brukermedvirkningen til pasientene ga dem en terapeutisk gevinst. Pasientene selv rapporterte å oppleve en følelse av uavhengighet, mestring og selvstendighet (Mathisen et al., 2015).

Helsepersonellet i Matthias et al. (2012) jobber ut i fra ACT – Assertive Community Treatment – modellen som forutsetter en recovery-basert tilnærming. Recovery-begrepet baserer seg på mye av det samme som selvspsykologisk / psykodynamisk tilnærming, ved å ha fokus på fleksibilitet, åpenhet, ærlighet og tillit. De skal, slik som fokuset i empowerment, ha likeverdige maktbalanserte relasjoner;

*" Consumer: " I wonder if you would add (medication) to my morning meds. You used to do that."*

*Provider: " A, we have tried that earlier, and B, its not like it will help any because what really matters with drugs like (medication) is that you get it all in you every day. So you´ve been getting 40mg every day. So just changing it around, taking part of it in the morgning and part of it in the night is unlikely to make a difference."*

*Consumer: " I´m just having a little more stress than i normally do. There are more things that stress me out. I have more things stressing me, more uncertainty, which is not good."*

*Consumer: " Well we can try if you want to see if it helps (Matthias et al., 2012, s. 6)".*

Observasjonene i studiet formidlet at det sjeldent var uenigheter mellom helsepersonellet og pasientene, og at majoriteten av beslutningene ble tatt i fellesskap. Resultatene vitner om en høy grad av person-sentrert fokus, med stor grad av brukerinvolvering (Matthias et al., 2012).

### 5.3 Pasientenes opplevelse av hindrende faktorer til brukermedvirkning.

I studiene som tar for seg pasientenes perspektiv fremkommer det at de opplevde flere ulike hindringer for god brukermedvirkning. Det intervjuobjektene rapporterte var samfunnets stigmatisering av psykisk lidelse og psykiatriske pasienter, samt utøvelsen av paternalistiske holdninger fra helsepersonell (Connor & Wilson, 2006; Elstad & Eide, 2009; Grundy et al., 2016; Klausen, Blix, Karlsson, Haugsgjerd & Lorem, 2017; Matthias et al., 2012)

#### 5.3.1 Stigma.

Et velkjent problem for brukere av psykiske helsetjenester er hvordan de opplever seg stigmatisert av omgivelsene rundt seg; hvordan pressen fremstiller psykisk lidelse og frykten for at samfunnet skal ekskludere dem sosialt. Deltakerne fra studiet til Connor og Wilson (2006) hadde en stor diskusjon i sine fokusgruppeintervjuer på hva slags terminologi de følte seg komfortable med. De oppnådde ingen felles konsesus, men majoriteten følte minst negativitet rundt begrepet "bruker". "Pasient" mente de passet best når man var innlagt. Å bli merket som "schizofren" eller "bipolar" skapte en opplevelse av at fokuset ble på diagnosen deres, fremfor hvem de var som personer. En deltaker beskriver det følgende;

*"I am a schizophrenic, but if I suffered from cancer I wouldn't be a canceric.  
(Connor & Wilson, 2006, s. 466)"*

Til tross for å finne en term som man føler seg komfortabel med, opplevde pasientene fremdeles at det var vanskelig å være ærlig og åpen om sin lidelse. De opplevde å få reaksjoner grunnet manglende kunnskaper og forståelse for hva deres diagnose og lidelse innebar (Connor & Wilson, 2006).

En av bidragsyterne til å skape stigmatisering opplevde deltakerne var media, og dens fremstilling av denne pasientgruppen. Havnet psykisk lidelse eller psykiatriske pasienter i media, var det som oftest i negativ fortoning. Deltakerne beskrev selv at de opplevde at de ble portrettert som "mordere" av media, og ble kalt nedsettende termer som "galning", "monster" og "ikke i vater". Det ene intervjuobjektet innrømmet hvordan medias fremstilling påvirket hennes egne opplevelser av psykiske helsetjenester;

*"I perceived psychiatric hospitals to have padded cells, and strait jackets and I was terrified of going in... (Connor & Wilson, 2006, s. 466)."*

Videre fortalte intervjuobjektene at innen det psykiske helsevesenet var det en konstant utbyttingen av diagnoser, eller at de bare fikk flere og flere. Ved hvert behandlerbytte opplevde de gjerne dette. Deltakerne kjente godt til kriteriene og standardene til Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), men opplevde at dette diagnoseverktøyet hadde store iboende mangler.

*"The standard used for measuring mental illness is the DSM. I think that at the moment it has become the bible for psychiatry and like the actual bible it is open to interpretation. We do present with symptoms which do not fit neatly into those DSM boxes. And there is so much misdiagnosis. I know people who have been through six or seven label changes in as many years... (Connor & Wilson, 2006, s. 467)"*

Å oppleve at diagnosesetting var viktigere enn hvem de var som person og hva de hadde opplevd forsterket følelsen av stigmatisering, og vanskeliggjorde et godt samarbeid med fokus på brukermedvirkning (Connor & Wilson, 2006).

I studiet til Klausen et al. (2017) forteller den ene deltakeren Aino om hvordan hun følte seg misforstått og krenket i sitt første møte med det psykiske helsevesenet;

*"The first time I went to the doctor. Meds. I got some meds... It was a male doctor. Yes, and when he heard, how, how, how I was – he pointed one of his fingers at my head, like this (shows with a finger on the interviewer's head). That was my first time asking for help. FIRST time getting help. He knows himself what he did, what he meant (her voice shivering). There was not much consolation in his behaviour. On my head. On my forehead (Klausen et al., 2017, s. 361)"*

Ellen, en annen deltaker fra Klausen et al. (2017), opplevde stor skam rundt sin diagnose, og som en aktiv deltaker i sitt lokale samfunn opplevde hun det som svært stigmatiserende å bli innlagt på det lokale distrikt psykiatriske senteret;

*"If I only could have been admitted in X (a neighbouring small town), I think it would have been PERFECT, not in my hometown... it is a small place here. Or small, it's not that small, but everybody knows the people working here... and they know I am admitted. And I think that's TERRIBLE (Klausen et al., 2017, s. 364)."*

Ellen valgte å ikke delta i aktiviteter utenfor senteret, i frykt for stigmatisering ved å treffe på kjentfolk i lokalsamfunnet. Å kunne velge å motta behandling på et annet senter hadde fremmet hennes helbredelsesprosess, og det ville ha vært et godt eksempel på hvordan fritt sykehusvalg er god brukermedvirkning. Mange innlagte pasienter og

brukere av psykiske helsetjenester, opplever stigmatisering rundt deres lidelser og diagnoser, som gir konsekvenser for deres selvfølelse og sosiale selvtillit. Deltakelse i avgjørelser rundt sin egen behandling, eller behandlingssted, opplevde intervjuobjektene kunne redusere stigmatiseringen. Dermed ville behandlingen blitt en del av en mer normalisert hverdag (Klausen et al., 2017).

### 5.3.2 Paternalisme.

Som en forlengelse av stigmatisering, opplevde deltakerne paternalistiske holdninger mens de var innlagt på psykiatriske sengeposter. Intervjuobjektene fortalte i fokusgruppeintervjuene til Connor og Wilson (2006) hvordan de opplevde at det fremdeles var et stort fokus på den biomedisinske behandlingsmodellen i psykiatrien.

*"I think that a lot of mental health care comes out of that modell where we are seen as machines which have somehow developed some obscure fault. You know and if you tweak something or substitute something you will make it all right again and it is almost as though the psychiatrist is looking at us, you know, as a kind of complex electronic toy which has developed a fault he is not too sure of. (Connor & Wilson, 2006, s. 469)*

Deltakerne fra studiet opplevde at helsepersonellet jobbet under stort press, og derfor ble det en nødvendighet for dem å håndtere pasientene på et mekanisk vis. De opplevde gjentatte ganger at helsepersonellet så kun symptomer, og ikke personen bak. Å ikke føle seg sett eller møtt ble opplevd som paternaliserende;

*"... didn't say hello, how are you, how are you feeling today, he just walked to the next person... and he did not speak to one patient he didn't say, they were like cattle... (Connor & Wilson, 2006, s. 469)."*

Å oppleve seg selv som buskap gjorde deltakerne i studiet klar over den store makt ubalansen som var mellom pasientene og helsepersonellet. Flere ganger opplevde de at det var "oss og dem". Gjentatte ganger opplevde pasientene hvordan helsepersonellet var blitt opplært til å tro at det var de som visste best hvilken behandling pasientene skulle motta. Sa pasientene i fra opplevde de å bli sett på som en "opprører" av helsepersonellet, og fryktet at helsepersonellet ville misbruke deres makt ved å være sjefete, ydmykende, mobbete og utsette dem for verbal trakassering. Noen hadde opplevd at helsepersonellet hadde utøvd sin makt og kontroll ved å utsette pasientene for tvungne injeksjoner og ECT-behandling (Electroconvulsive Therapy) (Connor & Wilson, 2006; Klausen et al., 2017).

*" Instead of being about treatment it is about control  
(Connor & Wilson, 2006, s. 470)."*

Deltakerne i Grundy et al. (2016) støtter opp om opplevelsen til deltakerne i Connor og Wilson (2006), og var av den oppfattelse at deres brukermedvirkning var blitt redusert til å kun være en tilbakeskuende godkjenning av behandlingsavgjørelsene som allerede var blitt tatt av helsepersonellet;

*"... let's not talk to him, lets fill out the forms about him (Grundy et al., 2016, s. 15)."*

I utarbeidelsen av behandlingsplaner opplevde intervjuobjektene at de som pasienter ikke hadde fått vært en deltakende part, og at alle dokumenter handlet om hva helsepersonellet mente var nødvendig for dem for å bli bedre. De opplevde at fokuset i behandlingsplanene var kun på symptomer, og manglet fullstendig fokus på livskvalitet. Den fysiske helsen var et punkt på behandlingsplanen hvor en pasient opplevde at helsepersonellet hadde skrevet inn at pasient hadde gått opp i vekt over de 2 siste årene, men glemt å legge til at pasienten slet med Chrons og fulgtes opp av en ernæringsfysiolog. Dette ble opplevd både stigmatiserende og paternalistisk. Pasientene opplevde dermed ingen brukermedvirkning i utarbeidelsen av disse behandlingsplanene, og konsekvensen var at de ei heller opplevde noen eierskap over dem (Grundy et al., 2016);

*"... Many care plans, they're disgraceful. They're all about what the provider feels you need, not the user (Grundy et al., 2016, s. 15)."*

#### 5.4 Pasientenes opplevelse av fremmede faktorer til brukermedvirkning.

Forskningsartiklene som omhandler pasientenes opplevelser, formidler at de foruten å oppleve hindringer også opplever fremmede faktorer til brukermedvirkning. Pasientene rapporterte var at en trygg og god relasjon, hvor de møttes med respekt, stod sterkt i deres øyne for å kunne tilrettelegge for god brukermedvirkning. Pasientene opplevde også at klar og tydelig informasjon som kommuniseres på et ærlig og forståelig språk var essensielt for å kunne medvirke i valg som angikk seg selv og sin behandling (Connor & Wilson, 2006; Elstad & Eide, 2009; Grundy et al., 2016; Klausen et al., 2017; Matthias et al., 2012).



#### 5.4.1 Relasjonens betydning.

Ifølge deltakerne fra Klausen et al. (2017) var det aller første møtet med helsepersonell med på å legge grunnlaget for relasjonsbyggingen videre under innleggelse. Å møte helsepersonell som viste forståelse for hva pasientene gjennomgikk var avgjørende for pasientenes opplevelsen av brukermedvirkning i det senere forløpet. Å bygge opp tilliten som pasientene opplevde som en nødvendighet for å starte behandlingsforløpet ble ofte avgjort i det første møtet. Tilretteleggelsen for medvirkning i beslutninger, allerede ved første møte, skapte en følelse av være respektert og akseptert (Klausen et al., 2017).

Videre fortalte pasientene at relasjoner som var dynamiske og av langvarig karakter, hvor pasient og helsepersonell ble ordentlig kjent med hverandre, var vesentlig for hvorvidt pasientene engasjerte seg i sin egen psykiske helse og behandling. Pasientene ga uttrykk for at helsepersonellet måtte være fleksible og tålmodige, med rom for ambivalens fra pasientenes side, for at utrygghet og uvilje skulle snus om til trygghet og samarbeid. Ifølge pasientene var brukermedvirkning i behandlingen fasilitert gjennom støtte og hjelp fra helsepersonell som var oppmerksomme på behovene og ønskene til de enkelte pasientene (Klausen et al., 2017).

Intervjuobjektene fra Grundy et al. (2016) meddelte at de gjerne ønsket å samarbeide med helsepersonellet i planleggingen av behandlingen deres, men at de dessverre opplevde at prinsippene rundt brukermedvirkning i psykisk helsevern ofte ble neglisjert grunnet en kompleks blanding av ulike helseprofesjoner og personligheter. De fremhevet derfor viktigheten av et gjensidig forhold mellom helsepersonellet og pasienten. For at pasientene skulle oppleve seg følt, sett og hørt, kunne det bare realiseres gjennom en relasjon som var bygget over tid, hvor samhandlingen kunne karakteriseres av tillit, respekt og kommunikasjon. Sentralt var også pasientens behov for å føle seg anerkjent som en aktiv agent i sin egen behandling. Å ha muligheten til å påvirke beslutninger genererte en følelse av eierskap som ble ansett som en nødvendighet for å kvalifisere som brukermedvirkning (Grundy et al., 2016).

*"Good user involvement is being listened to every step of the way really and being taken seriously about suggestions and issues from the very start (Grundy et al., 2016, s. 15)."*

Pasientene opplevde at relasjoner som var preget av helsepersonell med menneskelige kvaliteter, hvor de nådde ut til pasientene, var de mest produktive og hjelpsomme. Kvalitetene som pasientene vektla var aktiv lytting, ærlighet, empati, forståelse, respekt, tålmodighet, engasjement, støtte og sist men ikke minst at helsepersonellet hadde tid til dem. Pasientene var veldig tydelig på behovet for at helsepersonellet tilbrakte mer tid ute i miljøet, og mindre tid på vaktrommet! Genuint medfølelse helsepersonell som ga pasientene betryggelse på at alt ville bli bedre ble opplevd som oppløftende og helsefremmende (Connor & Wilson, 2006; Elstad & Eide, 2009).

*"You can tell who is genuine and who is not, even when you are unwell.  
(Connor & Wilson, 2006, s. 468)."*

Helsepersonellet måtte se hele personen, både kvinnen, moren og søsteren, ikke bare diagnosen. At helsepersonellet så enkeltpersonene og deres behov var viktig for om de opplevde seg godt behandlet. Alliansen mellom helsepersonellet og pasientene var med andre ord den avgjørende faktoren for vellykket brukermedvirkning her og nå, men den påvirket også holdninger og erfaringer for fremtidig brukermedvirkning (Connor & Wilson, 2006; Grundy et al., 2016).

#### 5.4.2 Kommunikasjon og informasjon.

Ifølge informasjonen fra fokusgruppeintervjuene i studiet til Connor og Wilson (2006) ble informasjon og kommunikasjon, eller mangelen på det, ofte snakket om. En god relasjon som skulle tilrettelegge for god brukermedvirkning ble basert på åpen og ærlig kommunikasjon, og en jevnbyrdig flyt av informasjon mellom helsepersonell og pasient. For å kunne være delaktig i beslutninger angående egen behandling, trang pasientene regelmessig informasjon om de ulike utfallene som valgene kunne medføre. Effektiv kommunikasjon med forståelig språk som pasientene kunne relatere seg til, ble ansett som nødvendig for at pasientene skulle kunne forstå deres behandling og hva som skjedde med dem. Uten dette kunne pasientene ei heller ta overveide, velinformerte avgjørelser rundt sin egen behandling (Connor & Wilson, 2006).

Observasjonene i Matthias et al. (2012) understrekte også viktigheten med klar og tydelig informasjon. Det ble observert at informasjonsutvekslingen angående

bivirkninger, symptomer og fortjenester rundt de ulike medikamentene godt kunne vært forbedret. Likevel var det mest brukermedvirkning fra pasientene når det gjaldt deres direkte medikamentelle behandling. I de konsultasjonene hvor det var en jevn utdeling av informasjon, likeverdig deltakelse fra begge parter i diskusjonene, og de begge ga uttrykk for sine meninger, oppstod det sjeldent uenigheter (Matthias et al., 2012).

Noe av det pasientene fra Grundy et al. (2016) opplevde var at forespørselen for større brukermedvirkning ble overgått av deres forespørsel for mer og forbedret edukasjon rundt deres ulike behandlingsmuligheter. Pasientene opplevde at der det manglet informasjon, manglet det også meningsfull brukermedvirkning. For at pasientene skulle oppleve effektiv involvering måtte helsepersonell kunne yte meningsfulle behandlingsforslag. Synonymt med forespørselen for mer og bedre informasjon, var pasientenes behov for transparent og ærlig kommunikasjon. For å kunne suksessfullt kommunisere slik at pasientene forstod behandlingsvalg, forventede utfall og mulige konsekvenser måtte helsepersonellet forsikre seg om at behovet for informasjon ble velbalansert med risikoen for å skildre involveringen i behandlingsplanleggingen på en altfor forenklet eller nedlatende måte (Grundy et al., 2016).

*"Things have to be done in a simplified manner, definitely, not like you're talking to somebody who's not very bright but in a simple easy way to understand. The easier it is to understand and the quicker people get it the more comfortable they are with it (Grundy et al., 2016, s. 19)."*

For å kunne tilrettelegge for god brukermedvirkning opplevde intervjuobjektene at det var nødvendig med fundamentale endringer i helsepersonellens holdninger og kommunikasjonsmetoder. Det ble også ansett som viktig med eksplisitt og transparent kommunikasjon, ikke bare mellom helsepersonell og pasient, men også i teammøter og i ledelsen for å kunne fasilitere en mer meningsfull brukermedvirkning (Grundy et al., 2016).

## 6.0 Diskusjon.

Hensikten med denne metasyntesen var å få dypere innsikt i hvordan helsepersonellet opplevde pasientenes brukermedvirkning, til sammenligning med pasientenes opplevelse av brukermedvirkning. Med utgangspunkt i metasyntesens teoretiske fundament og empiriske datamateriale skal diskusjonen drøfte funnene fra resultatene. Resultatene diskuteres i samme rekkefølge som de ble presentert i forrige kapittel.

### 6.1 Hindrende faktorer for brukermedvirkning.

Ut i fra resultatene i artiklene kommer det tydelig fram hva både helsepersonell og pasienter mener hindrer involvering og brukermedvirkning.

#### 6.1.1 Manglende engasjement

Et vesentlig funn fra de 5 artiklene som omhandlet helsepersonellens perspektiv var hvordan helsepersonellet opplevde pasientenes manglende engasjementet. Helsepersonellet mente at det vanskeliggjorde samhandlingen og dermed ble svært problematisk i forhold til å kunne tilrettelegge for god brukermedvirkning. Likevel var helsepersonellet klar over viktigheten med å skape deltakelse da dette ble ansett som viktig trening for å kunne bedre ruste pasientene for hverdagslivet. Utfordringen her ble for helsepersonellet å motivere pasientene uten å utøve tvang. Helsepersonellet ga uttrykk for at de gjentatte ganger stilte seg selv spørsmål om hva de drev med, og hvorvidt dette faktisk var til hjelp (Elstad & Eide, 2009; Mathisen et al., 2015; Matthias et al., 2012; Myklebust & Bjørkly, 2011).

Med risiko for å underkjenne pasientenes ekspertise og erfaringer, ved å tvinge dem til aktivitet og involvering, fryktet helsepersonellet at dette vil gå utover samspillet mellom dem. Helsepersonellet anså seg selv som fleksible og imøtekommende, men ved å la være å ta hensyn til pasientenes ønsker og behov ble frykten at pasientene skulle avbryte kontakten og avslutte de psykiske helsetjenestene. Likevel må helsepersonell, til tross for denne frykten, skape et samspill med pasientene hvor de tilrettelegger for at pasientene må gjøre en egeninnsats (Ekeland & Heggen, 2007; Matthias et al., 2012; Myklebust & Bjørkly, 2011; Storm, 2009).

Brukermedvirkningens utgangspunkt er at pasienten skal ha innflytelsesrett på sin egen behandling, hvor fokuset skal ligge på deres behov, ønsker og erfaringer. Helsepersonell har et overordnet ansvar for at intensjonene bak brukermedvirkning følges, og at samspillet mellom helsepersonell og pasienter tilrettelegges for pasientenes suksess (Ekeland & Heggen, 2007; Storm, 2009).

Pasient- og brukerrettighetsloven (2017) , §3-1 første ledd, lovfester pasientenes rett til å medvirke i gjennomføringen av helsetjenestene som ytes til dem. Det konstateres at medvirkningen skal tilpasses evnen den enkelte pasient har til å gi og motta informasjon. Videre presiserer også stortingsmelding nr 11 (2015-2016) og nr 34 (2015-2016) at brukermedvirkning skal baseres på brukernes erfaringer når pasientforløpet og behandlingen planlegges. Det er pasientene som skal ta avgjørelsene, på bakgrunn av kompetent veiledning og informasjon fra helsepersonell.

### 6.1.2 Forventningspress

Krysspresset som helsepersonellet ble utsatt for er et annet viktig funn fra forskningsartiklene. Forventningene som utøvdes mot helsepersonellet kom blant annet fra pasientene, "systemet", krav om behandlingseffektivitet og fra helsepersonellens moralske yrkes ed. Alle disse ulike forventningene gjorde at helsepersonellet alltid jobbet under press. Dette påvirket helsepersonellets utøvelse av helsetjenester, og opplevdes hindrende for å klare å tilrettelegge for brukermedvirkning (Mathisen et al., 2015; Tveiten et al., 2015).

Organiseringen av de psykiske helsetjenestene ga helsepersonellet lite slingsmonn for å kunne legge til rette for brukermedvirkning og empowerment. De økonomiske nedbudsjetteringene gikk ofte på bekostning av pasientene, da dette medførte kanselleringer av avtaler og aktiviteter. Det kollektive behovet måtte prioriteres. Kortere liggetid la press på helsepersonellets behandlingseffektivitet, og de kunne ikke ta seg tid til å bli ordentlig kjent med pasientene. Mangelen på for- og ettervern kompliserte behandlingsforløpet og dessverre ble pasientene ofte utskrevet før de var klar for det. Helsepersonellet mente at de nå måtte ta flere avgjørelser over hodet på pasientene, som uten tvil gikk på bekostningen av empowermenttenkningen og

pasientenes rett til brukermedvirkning (Elstad & Eide, 2009; Mathisen et al., 2015; Tveiten et al., 2015).

Ifølge Andreassen (2005) er det hovedsakelig to forhold som bestemmer hvordan brukermedvirkningen utøves. De to forholdene består av den overordnede styringen av helseorganisasjonene og helsepersonellens forståelse av hva brukermedvirkning innebærer. Helsepolitikken bestemmes av Stortinget og Helse- og omsorgsdepartementet. Styrene i helseforetakene er ansvarlige for å oppfylle lovpålagte arbeidsoppgaver. Dermed delegeres og defineres arbeidsoppgaver, ansvarsområder og posisjoner ut i fra helsepersonellens utdanning. Det er gjennom utdannelsen at helsepersonellet får deres kompetanse, forforståelse, arbeidsredskaper og tenkemåter. Det er disse faglige kunnskapene som helsepersonellet tar i bruk når de vurderer pasientene for å kunne tilrettelegge for brukermedvirkning (Andreassen, 2005).

Helsepersonellet opplevde at de satte pasientene i risiko for manglende aktiviteter, samspill og ekskludering fra medvirkningsprosesser grunnet de mange forventningskravene og den lave støtten fra helseorganisasjonen. Empowerment og brukermedvirkning handler om å fordele makten mellom helseorganisasjonen, helsepersonellet og pasientene. Målet er å styrke pasientenes forutsetninger for å lykkes med behandlingen, og klare å styre sine liv ut i fra egne mål og ambisjoner (Ekeland & Heggen, 2007; Elstad & Eide, 2009; Mathisen et al., 2015).

### 6.1.3 Individ versus miljø

Jobben til helsepersonell i en psykiatrisk sengepost består av å tilpasse fellesaktivitetene og motivere pasientene til å delta. Helsepersonellet er også underlagt avdelingens miljøterapeutiske prinsipper om beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Helsepersonellet opplevde dilemmaer hvor individuelle behov og behandlingsplaner kom i konflikt med de miljøterapeutiske prinsippene. Pasientenes ulike behandlingsforløp umuliggjorde helsepersonellens mulighet til å realisere alles ønsker og behov, da de kunne gå på bekostning av hverandre (Elstad & Eide, 2009; Mathisen et al., 2015).

Helsepersonellet hadde også et overordnet ansvar for å skape et trygt og holdende miljø for alle de innlagte pasientene. For å kunne klare dette ble det tydelig at det var viktig

med regler og rutiner i miljøet. Majoriteten av disse reglene og rutinene ble skapt av helsepersonellet, uten å involvere pasientene. Hensynet til hele pasientgruppen og miljøet, måtte komme foran de individuelle hensynene (Mathisen et al., 2015; Tveiten et al., 2015).

Ifølge tilknytningsteori er en trygg base og et holdende miljø essensielt for en persons emosjonelle og mentale utvikling. Å oppleve seg ivaretatt, trygg, og sett av omsorgspersonen, enten det er en mor eller et helsepersonell, er en viktig kvalitet ved "god nok" omsorg. Helsepersonell må være i stand til å kunne møte pasientenes emosjonelle ustabilitet og hjelpe dem med å omforme følelsesinntrykkene om til meningsfulle tanker. Et trygt og holdende miljø vil legge til rette for dannelsen av trygge tilknytninger. Dette vil lede til personlig vekst, refleksjon og at pasienten nyttiggjør seg behandlingen bedre, noe som er en viktig forutsetning for vellykket brukermedvirkning (Abrahamsen, 1997; Belin, 2010; Ekeland & Heggen, 2007; Schødt & Heinskou, 2007; Storm, 2009).

#### 6.1.4 Stigma

Artiklene som tok for seg pasientenes perspektiv fortalte om hvordan stigmatisering var et velkjent problem for brukere av psykiske helsetjenester. En vesentlig del av stigmatiseringen var begrepene som ble brukt rundt psykisk lidelse. Å bli kalt "schizofren" eller "bipolar" ga dem en opplevelse av at fokuset kun var på det syke, og ikke på de friske ressursrike personene de ellers var. Intervjuobjektene foretrakk begrepet "bruker". Pasientene fortalte også hvordan frykten for andres reaksjoner gjorde at de ikke våget å være åpne om sine diagnoser. Medias fremstilling av psykisk lidelse og denne pasientgruppen var ofte preget av mangel på kunnskap og forståelse. (Connor & Wilson, 2006; Klausen et al., 2017).

Pasientene ble ikke bare utsatt for stigmatisering ute i samfunnet, men ble også offer for dette i det psykiske helsevesenet. Pasientene opplevde at ved bytte av behandler, fulgte det med ny diagnostisering og gjerne nye diagnoser. De følte det ble viktigere å sette en diagnose, enn å fokusere på hvem de var som person. Dette gjorde at pasientene opplevde det vanskelig å skape et godt samarbeid med fokus på brukermedvirkning. Å bli utsatt for stigmatisering ga konsekvenser for pasientenes selvfølelse og deres sosiale

selvtillit. For å redusere stigmatiseringen mente pasientene at å kunne medvirke i egen behandling, og selv velge hvor de ble innlagt kunne bidra til at behandlingen ble en mer normalisert del av hverdagen (Connor & Wilson, 2006; Klausen et al., 2017).

Lars Thorgaard og Eivind Haga (2014) er to av grunnleggerne bak den psykodynamiske tenkemåten. De vektlegger empati og relasjon. Den psykodynamiske relasjonsbehandlingen bygger på med-følelse, med-ansvar, med-menneske, med-lidenhet og med-virkning. De mener at innenfor en menneskelig psykiatri tillater man seg å bli rørt av og rørt ved pasienten. Uten en grunnleggende interesse i medmennesket kan ikke helsepersonellet hjelpe pasientene med å lindre deres psykiske smerte. Dette innebærer å være åpen, nysgjerrig, vennlig og respektfull. Ved å ha en psykodynamisk holdning til pasientene vil fokuset være på helhetlig behandling. Man bør alltid etterstrebe å forstå den dypere meningen bak symptomene, atferden og følelsesuttrykkene til pasientene (Thorgaard & Haga, 2014).

### 6.1.5 Paternalisme

Deltakerne fortalte også om opplevelser av paternalisme mens de var innlagt på psykiatriske sengeposter. Gjentatte ganger opplevde pasientene å bli redusert til mekaniske apparater, hvor det handlet om feilsøking og oppretting av feil. Fokuset på den biomedisinske modellen bidro til opplevelsen av at fokuset kun lå på symptomer og medikamentell behandling. Pasientene la merke til presset helsepersonellet jobbet under, at de desensitiviserte seg og behandlet pasientene som buskap. Pasientene opplevde dette som paternaliserende (Connor & Wilson, 2006; Grundy et al., 2016).

Deltakerne opplevde dessverre flere ganger en maktubalanse. Pasientene følte at helsepersonellet trodde at de visste best på bakgrunn av deres faglige ekspertise. Noen av pasientene opplevde å bli utsatt for nedverdiggende kommentarer og uverdigg behandling etter å ha prøvd å si ifra. Brukermedvirkningen ble i flere tilfeller redusert til kun å gi en godkjenning på avgjørelsene som ble tatt over hodet på dem. De opplevde flere ganger at behandlingsplaner var laget på bakgrunn av hva helsepersonellet mente pasientene hadde behov for. Dette ble opplevd som både stigmatiserende og paternalistisk, og gikk på bekostning av brukermedvirkningen (Connor & Wilson, 2006; Grundy et al., 2016).



Fenomenologien handler om subjektets livserfaring og erfaring av verden, og hvordan subjekt og verden ikke kan eksistere uavhengig av hverandre. Å "være-i-verden" vektlegger at mennesket ikke eksisterer uten tilhørighet. Man er en del av et kulturelt og sosialt fellesskap, hvor en må forholde seg til andre mennesker. Med dette som forståelsesgrunnlag er det kun pasientene som kan fortelle om sin livsverden, og hvordan de erfarer sine samspill med andre mennesker. Hermeneutikken fokuserer på forståelse og fortolkning av meningsfulle fenomener, og at mennesker møter verden med en forforståelse. Ingenting er forutsetningsløst. Hermeneutikken vektlegger også å hindre maktmisbruk og diskriminering, ved å ha et avslørende, kritisk og aktivt blikk på fordommer og tradisjoner (Thornquist, 2003).

Gjennom helsepersonellens respektive utdannelser blir de mottakere av tradisjonsbundet kunnskap, tenkesett og arbeidsmetoder. Helsepersonellet bygger seg opp en forforståelse som vil prege deres møte med pasientene. Ved å tilegne seg nye kunnskaper, som ved psykodynamisk relasjonsbehandling, vil helsepersonellet bli i stand til å legge vekk gamle fordommer og kunne møte pasientene med friskt blikk. Fokuset vil skifte fra en paternalistisk biomedisinsk behandlingsmodell til person-sentrert behandlingsmodell med fokus på helhetlig dynamisk omsorg og behandling (Andreassen, 2005; Thorgaard & Haga, 2014).

## 6.2 Fremmede faktorer for brukermedvirkning.

Både helsepersonell og pasienter var tydelige på hva de mente ville hjelpe og skape suksessfull brukermedvirkning.

### 6.2.1 Kunnskap om pasienten

Majoriteten av helsepersonellet var enige om at ha de riktige kunnskapene var avgjørende når man jobbet med psykisk syke mennesker. Foruten å ha kunnskap om de ulike psykiske lidelsene, var kunnskap om selve pasienten svært viktig. Uten å kjenne pasienten, ville det være vanskelig for helsepersonellet å tilnærme seg dem på en passende måte for å kunne tilrettelegge for involvering og medvirkning. Å kjenne pasientenes ønsker, behov, erfaringer og mål var essensielt for å kunne kartlegge deres

ressurser og sårbarheter. Ved å lytte til pasientene, og hva de uttrykte, la helsepersonellet et grunnlag for brukermedvirkning, slik at pasientene kunne medvirke og lykkes med sine mål (Elstad & Eide, 2009; Matthias et al., 2012; Tveiten et al., 2015).

En viktig del av kunnskapen om pasientene var å vite når man skulle presse dem til deltakelse eller la dem få en "time-out". Kunnskap om hvordan pasientenes tilstander kunne endre seg, samt vise forståelse og empati for dette var med på å skape håp hos pasientene. Behandlingseffektivitet er ikke ensbetydende med brukermedvirkning (Mathisen et al., 2015; Myklebust & Bjørkly, 2011).

I samspill med pasientene forutsettes det at helsepersonell har kunnskapene som kreves for å kunne imøtekomme deres behov. Empati og genuin interesse er viktige egenskaper for å bygge en tillitsfull relasjon som er preget av terapeutisk kommunikasjon. Å anerkjenne pasientenes erfaringer rundt sin psykiske lidelse, og skape rom for ambivalens er nødvendig for reell brukermedvirkning. Å ikke ta en avgjørelse er også brukermedvirkning (Andreassen, 2005; Ekeland & Heggen, 2007; Storm, 2009).

### 6.2.2 Tilnæringsmetode

All samhandling mellom mennesker vil preges av hvordan de tilnærmer seg hverandre. I spillet mellom pasienter og helsepersonell er det viktig at man bevisstgjør seg hvordan man tilnærmer seg hverandre. Helsepersonellens holdninger vil påvirke tilnæringsmetoden. I flere fokusgruppeintervju ble begrepet holdninger diskutert, og de var alle enige om at å ha en fremtredelse gjennomsyret av respekt og ærlighet ville anerkjenne pasientenes ståsted, verdier og ønsker (Myklebust & Bjørkly, 2011; Tveiten et al., 2015).

Empowermenttenkningen baserer seg på utveksling av informasjon og fordeling av makt. Helsepersonell har mer makt enn pasientene, på grunn av sine kunnskaper og sin posisjon. I jobbutøvelsen bør de alltid etterstrebe å utjevne ubalansen ved å bruke sin makt til å aktivt forbedre pasientenes posisjon. Ved å yte omsorg og veiledning kan helsepersonellet skape de nødvendige forutsetningene for at pasientene skal klare å ta selvstendige, velinformerte og kunnskapsbaserte avgjørelser. Å inntone seg på pasientenes affekter, og utforske pasientenes opplevelse av situasjoner og relasjoner,

øker forståelsen til helsepersonellet. Pasientene vil da oppleve seg imøtekommet (Myklebust & Bjørkly, 2011; Tveiten et al., 2015).

Når helsepersonellet inntar en psykodynamisk tilnærming til pasientene, vil relasjonen preges av tro, håp og kjærlighet. Helsepersonellet gjenspeiler disse tre dydene ved å være et empatisk medmenneske. Gjennom refleksjon sammen med pasienten skapes vekstfremmende forutsetninger slik at pasienten får håp og tro for fremtiden. Å respektere pasientenes iboende verdi, lytte aktivt og bygge en tillitsfull allianse skaper helsepersonellet et dynamisk samspill. Det er i dette samspillet emosjonelt korrigerende erfaringer oppstår (Abrahamsen, 1997; Thorgaard & Haga, 2014).

### 6.2.3 Relasjonens betydning

Å innta en riktig tilnærming til pasienten er som ovenfor nevnt viktig for å kunne skape en allianse som bærer frukt ifølge helsepersonellet. Pasientene er også av den oppfatning at relasjonens betydning er avgjørende for bedringsprosessen. Det første møtet mellom pasient og helsepersonell er med å legge fundamentet for hvordan videre opplevelse av helsehjelp oppfattes. Allerede ved første møtet bør brukermedvirkning igangsettes, slik at pasientene føler seg akseptert. Pasientene mente det var viktig med kontinuitet i relasjonene. Helsepersonellet måtte ta seg tiden til å bli kjent med dem. Skulle uvilje og utrygghet snus om til samarbeid og tillit, måtte helsepersonellet være tålmodige, imøtekommende og fleksible (Klausen et al., 2017).

Gjensidig relasjon preget av støtte, engasjement, respekt, forståelse og empati gjorde at pasientene opplevde seg anerkjente som aktive agenter i eget liv. Helsepersonellet som støttet pasientene og bekreftet deres uavhengighet, bidro til å styrke pasientenes selvfølelse, evne og motivasjon til å delta i diskusjoner. Pasientene var hele tiden tydelige på at relasjonen mellom dem og helsepersonellet var det som avgjorde hvorvidt helbredelsesprosessen startet og brukermedvirkning oppstod (Connor & Wilson, 2006; Elstad & Eide, 2009; Grundy et al., 2016).

Alle mennesker er fra fødsel avhengige av en relasjon til et annet menneske for å overleve. Babyer knytter seg til sine nærmeste omsorgspersoner, for å få sine basale behov møtt. Det er gjennom denne tidlige omsorgen at mennesker utvikler sitt

emosjonelle jeg. For flere av pasientene i psykiske helsetjenester har denne emosjonelle utviklingen slått feil, ofte grunnet relasjonsskader. Det er derfor viktig at helsepersonell, som ofte inntar rollen som omsorgspersoner, skaper en trygg base hvor pasientene kan utfolde seg og skape nye korrigerende emosjonelle erfaringer. Helsepersonell må kunne romme pasientenes følelsesutbrudd og veilede pasientene til å reflektere over hva de følte. Kun da kan pasienten videreutvikle seg (Abrahamsen, 1997; Belin, 2010; Schødt & Heinskou, 2007).

#### 6.2.4 Informasjon og kommunikasjon

Pasientene mente at det som overgikk en god og trygg relasjon var behovet for informasjon. Skulle pasientene være delaktige i sin behandling, ta velinformerte og reflekterte valg, måtte de få mer edukasjon rundt sin behandling, sine medikamenter og ulike utfall det kunne resultere i. Foruten å få tilrettelagt informasjon, var det vesentlig med suksessfull kommunikasjon. Pasientene måtte forstå sine behandlingsvalg, ulike utfall og hvilke konsekvenser og bivirkninger som kunne oppstå. For å klare dette måtte helsepersonellet kommunisere transparent og ærlig. Samtidig måtte de passe på at de ikke skildret informasjonen på en forenklet og nedlatende måte (Connor & Wilson, 2006; Grundy et al., 2016; Matthias et al., 2012).

Pasient- og brukerrettighetsloven (2017), § 3-2 første ledd, presiserer den lovfestede retten pasienter har på å få informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin sykdomstilstand, og hva helsehjelpen innebærer. Jmført med denne retten står det i helsepersonelloven (2011), kapittel 2 §4 og §10, hvordan helsepersonell er pliktet til å handle på et forsvarlig vis i tråd med helsepersonellens kvalifikasjoner, og gi informasjon til dem som har krav på det (Helsepersonelloven, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2017).

Pasientene mente at det var nødvendig med endringer i helsevesenets og helsepersonellens holdninger og kommunikasjonsmetoder. Eksplisitt og transparent informasjonsutveksling var ikke bare nødvendig mellom pasienter og helsepersonell, men også i andre arenaer som teammøter og hos ledelsen. Først da kan en mer meningsfull brukermedvirkning fasiliteres (Grundy et al., 2016).

### 6.3 Validitet og reliabilitet.

Malterud (2017a, 2017b) skriver i sine metodebøker om kvalitative studier hvordan utvalget av forskningsartikler alltid bør gjennomføres av to personer. Det skal gjøres parallelt og uavhengig av hverandre for å sikre at utvalget ikke blir bias. Som enslig forfatter av denne metasyntesen har dette ikke latt seg gjøre, men utvalget av artiklene har blitt gjennomgått sammen med veileder også.

Reliabiliteten og validiteten til forskningsartiklene inkludert i dette studiet gjenspeiles i hvordan deres valgte metode belyser hensikten til studiet. I artiklene var det en klar sammenheng mellom studienes formål, metoder og resultater. Med bakgrunn i metodevalgene og analyseredskapene forfatterne av primærstudiene valgte, kunne de poengtere at funnene deres var til å stole på. Forfatterne presenterte selv begrensningene ved studiene, og studienes styrker og svakheter. Alle de inkluderte studiene var kvalitative, og kan derfor ikke generaliseres da formålet var å belyse fenomener fra deltakerens liv. Resultatene presenterte funnene som ble abstrahert fra deltakerens delte livserfaringer i forhold til temaene som ble undersøkt. Implikasjoner for videre praksis og forskning ble også fremhevet i studiene. Ved at forfatterne av primærstudiene hadde beskrevet sine arbeidsoperasjoner så nøyaktig, gjør at artiklene både oppfattes som troverdige og gyldige i forhold til dette studiets hensikt.

Gjennom kritisk vurdering og bearbeiding av de inkluderte artiklene ved å bruke CASP-sjekkliste og analyseskjemaer, jobbes det transparent og reproduserbarheten opprettholdes. Transparensen opprettholdes også gjennom hele analyseprosessen ved å beskrive alle trinnene som har blitt utført, og begrunne valgene som er tatt. Ved å skrive om forskerens forforståelse har det blitt klargjort hvilken bakgrunn og "briller" forfatteren av dette studiet har hatt på seg mens oppgaven har blitt skrevet. Ved å gjøre dette vedkjenner forfatteren sin posisjonering, fremfor å eliminere den argumenteres det heller for forfatterens ståsted. Slik opprettholdes også refleksiviteten i den kvalitative forskningen i studiet.

Metasyntesens pragmatiske validitet handler om hvorvidt metasyntesen er gyldig. Kan kunnskapen brukes til noe? Vil den utgjør en forskjell? Oppgaven er relevant da

brukermedvirkning er et aktuelt tema på agendaen innen helsevesenet og helsepolitikken. Det finnes forskning på pasienters og helsepersonells opplevelser, men det fantes få som sammenlignet disse to perspektivene. Av den grunn oppleves det som at dette studiet har klart å bringe frem ny kunnskap som kan brukes for å øke helsepersonellens kunnskap rundt hva som kreves for å kunne tilrettelegge for god brukermedvirkning.

Begrensningene ved dette studiet er blant annet at det kun er skrevet av en forfatter, og at det kan ha påvirket hvordan resultater og funn har blitt tolket. Fordelen med å jobbe flere sammen er den faglige diskusjonen som oppstår mens man jobber og bearbeider datainnsamlingen. Dette øker den deskriptive validiteten, ved at forskerne alltid oppnår konsensus igjennom hele skriveprosessen. En annen begrensning er at det kun er brukt 8 artikler, hvorav 2 ble brukt til begge perspektivene. Flere studier hadde gitt metasyntesen en bredere datainnsamling og kanskje andre resultater. Det ble heller ikke lagt vekt på studiedeltakerenes kjønn, sivilstatus og alder. Pasientenes diagnoser har heller ikke blitt tatt i betraktning. Hadde artiklene tatt for seg brukermedvirkning innen en spesifikk psykisk lidelse, kunne resultatene kanskje blitt noe helt annet.

Styrker ved metasynteser er at de skaper ny innsikt i allerede eksisterende kunnskap. De gir forskerne muligheter til å sammenfatte eksisterende funn ved å gå i dybden. Slik kan de også påpeke områder med behov for videre forskning. Metasynteser har ikke som hensikt å generalisere funn, slik som kvantitativ forskning. De ønsker heller å beskrive menneskers erfaringer og opplevelser. Ved å ta utgangspunkt i en sosialkonstruksjonistisk erkjennelse når man skriver en kvalitativ metasyntese vedgår man det faktum at det finnes flere versjoner av virkeligheten, og at mennesket påvirkes av den konteksten det befinner seg i. Derfor kan det ikke fastslås at funnene i denne metasyntesen er "den absolutte sannhet" og at gyldigheten er ufeilbarlig.

## 7.0 Konklusjon.

Hensikten med dette studiet var å utforske opplevelsene til både helsepersonell og pasienter relatert til hvordan de opplever brukermedvirkning. Som et supplement til problemstillingen var der fire forsknings spørsmål som ønskes besvart. Ville dette studiet finne samsvar mellom opplevelsene, eller opplevde de to perspektivene totalt ulike ting? Opplevde helsepersonellet at de bidro til pasientenes utøvelse av brukermedvirkning, og opplevde pasientene at helsepersonellet bidro? Videre ble det stilt spørsmål om helsepersonellet opplevde at de hadde nok kunnskaper om brukermedvirkning og sist, men ikke minst, ble det stilt spørsmål om pasientene opplevde å få tilstrekkelig informasjon rundt deres rett til å medvirke i beslutninger som omhandler deres eget liv.

Det kommer tydelig frem fra funnene i denne metasyntesen at begge perspektiv opplever både hindrende og fremmende faktorer til brukermedvirkning. Hva som helsepersonellet opplever som hindringer er ikke det samme som pasientene opplever. Helsepersonellet forteller om manglende engasjement fra pasientene, ulike forventningspress som utøves og hvordan de hele tiden må balansere behovene til pasientene opp mot det kollektive miljøet. Pasientene opplever at stigmatisering og paternalistiske holdninger er det som hindrer dem mest i å være aktive agenter i sine liv.

Opplevelsene av hva som fremmet brukermedvirkning var mer samstemte hos både helsepersonell og pasientene. Helsepersonellet trakk fram viktigheten med å bli kjent med pasientene og hvordan de tilnærmet seg dem. Her var kunnskap et viktig moment. Pasientene opplevde at det som fremmet deres brukermedvirkning var en god relasjon til helsepersonellet, noe som krever at helsepersonellet skal bruke riktig tilnærming for å kunne bli kjent med dem. Pasientene mente også at for å kunne være involvert i avgjørelser måtte de få mer informasjon, kommunisert på en bedre tilrettelagt måte, som igjen krever bedre faglige kunnskaper fra helsepersonellet.

Helsepersonellet uttalte at for å kunne skape brukermedvirkning, og tilrettelegge for empowermenttenkning var det viktig å få mer kunnskaper om temaet. De presiserte viktigheten med at brukermedvirkning ikke ble redusert til kun et fancy begrep som ingen egentlig visste betydningen av, eller hvordan å praktisere det.

## 7.1 Implikasjoner for praksis.

Denne syntesen kan bidra til en bevisstgjøring og oppmerksomhet om helsepersonellens erfaringer og opplevelser rundt hva de mener hindrer og fremmer medvirkning hos pasientene. Pasientenes opplevelser er også viktige å ta med seg for å kunne bedre helsepersonellens yrkesutøvelse. Ved å bevisstgjøre seg dette kan helsepersonellet få en økt forståelse hva pasientene behøver, og hvordan å best mulig møte dem der hvor de er. Å øke helsepersonellens kunnskaper rundt brukervedvirkning kan bidra til en forbedret praksis hvor helsetjenestene oppfyller pasientenes lovfestede retter og de politiske føringene. Funnene fra dette studiet kan også bidra til å tilrettelegge og utvikle miljøterapien.

Ved å ta til seg helsepersonellens opplevelse av de ulike forventningspressene kan den overordnede styringen fra helseforetakene endre rammene for helsepersonellens yrkesutøvelse. Helsepersonell kan da lettere legge til rette for god og trygg brukervedvirkning slik lovgivningen presiserer og helsepolitikken ønsker. På denne måten kan hjelpeapparatet og helsepersonellet yte pasientene behandling som har bedre kvalitet og holder mål.

## 7.2 Behovet for videre forskning.

Ut i fra funnene fra denne metasyntesen er det oppdaget et behov for videre forskning på området som handler om hvordan bedre implementere tilretteleggelsen for brukervedvirkning i en psykiatrisk sengepost. Ved å være klar over de ulike faktorene som hindrer og fremmer, kan praksis forbedres. Fokuset på brukervedvirkning må opp på ledelsesnivå for å kunne endre eksisterende rammer på en sengepost.

Videre forskning med norske pasienter anbefales også, da majoriteten av forskningsartiklene som ble funnet var fra England og USA. Det ble funnet noen norske artikler, men det var ønskelig med flere.

Som nevnt i studiets begrensninger tok ikke dette studiet hensyn til deltakernes bakgrunn. Det ville også vært interessant med videre forskning på opplevelsen av brukervedvirkning for ulike spesifikke psykiske lidelser. Å sammenligne opplevelsen av



brukermedvirkning mellom schizofreni og alvorlig depresjon kan avsløre spennende resultater.

## Referanser:

- Abrahamsen, G. (1997). *Det nødvendige samspillet*: Barnehagebiblioteket: Tano Aschehoug.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten : Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Belin, S. (2010). *Relation før metode*. København: Akademisk Forlag.
- Connor, S. L. & Wilson, R. (2006). It's important that they learn from us for mental health to progress. *Journal of Mental Health*, 15(4), 461-474. doi: 10.1080/09638230600801454
- Deirdre, D., Mita, G., Dorina, S. & Andrea, S. (2016). Finding Qualitative Research Evidence for Health Technology Assessment. *Qualitative Health Research*, 26(10), 1307-1317. doi: 10.1177/1049732316644429
- Ekeland, T.-J. & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elstad, T. A. & Eide, A. H. (2009). User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 674-681. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00660.x
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (3.utgave utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Grundy, A. C., Bee, P., Meade, O., Callaghan, P., Beatty, S., Olleveant, N. & Lovell, K. (2016). Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: a qualitative exploration of service user perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(1), 12-21. doi: 10.1111/jpm.12275
- Helsedirektoratet. (2018). *Psykisk helse og rus - brukermedvirkning*. Hentet 10.mai 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Klausen, R. K., Blix, B. H., Karlsson, M., Haugsgjerd, S. & Lorem, G. F. (2017). Shared decision making from the service users' perspective: A narrative study from community mental health centers in northern Norway. *Social Work in Mental Health*, 15(3), 354-371. doi: 10.1080/15332985.2016.1222981
- Klein, E., Rosenberg, J. & Rosenberg, S. (2007). Whose treatment is it anyway? The role of consumer preferences in mental health care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(1), 65-80.
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utgave utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, p. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av «brukermedvirkning» gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), 16-31. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3710>
- Matthias, M. S., Salyers, M. P., Rollins, A. L. & Frankel, R. M. (2012). Decision Making in Recovery-Oriented Mental Health Care. *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(4), 305-314. doi: 10.2975/35.4.2012.305.314
- Meld.St.26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (Meld.St.26). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

- Myklebust, K. K. & Bjørkly, S. (2011). A self psychology perspective on challenges and approaches in professional interactions with service users: - a qualitative interview of mental health workers. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 31(3), 35-39.
- NSF. (2018). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 10.mai 2018 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Schødt, T. & Heinskou, T. (2007). *Miljøterapi på dynamisk grunnlag*. Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- St.meld.11. (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. (St.meld.11). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>.
- St.meld.34. (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste*. (St.meld.34). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>.
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. (2015). Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations*, 18(4), 516-526. doi: 10.1111/hex.12052
- Thorgaard, L. & Haga, E. (2014). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi* (3 utg.). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori - for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S., Onstad, R. F. & Haukland, M. (2015). Refleksjon over praksis i lys av empowerment – en fokusgruppeundersøkelse: Reflections on practice in the light of empowerment – a focus group interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 136-143. doi: 10.1177/0107408315579812
- UIS, U. i. S. (2017a). Cinahl. Hentet fra <http://www.uis.no.ezproxy.uis.no/bibliotek/sok-og-finn/databaser/cinahl-article6257-21618.html>
- UIS, U. i. S. (2017b). Medline. Hentet fra <http://www.uis.no.ezproxy.uis.no/bibliotek/sok-og-finn/databaser/medline-article6319-21618.html>
- UIS, U. i. S. (2017c). PsychInfo. Hentet fra <http://www.uis.no.ezproxy.uis.no/bibliotek/sok-og-finn/databaser/psychinfo-article6321-21618.html>

#### LOVVERK:

- Helseforetaksloven. (2013). *Lov om helseforetak m.m m.v. 14.juni 2013 nr .41*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=lov%20om%20helseforetak>
- Helsepersonelloven. (2017). *Lov om helsepersonell m.v. 16.juni 2017 nr.53*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2017). *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. 16.juni 2017 nr.63*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernlov. (2017). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.v. av 10.februar 2017 nr.6*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk>

## Vedlegg 1: MeSH-liste Cinahl

MeSH Cinahl:

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S38	S17 AND S37	Limiters - Peer Reviewed; Exclude MEDLINE records Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	136
S37	S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S36	survey*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S35	"meta-synthes?s" or metasynthes?s or "meta-ethnograph*" or metaethnograph*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S34	(descriptive W0 (study or studies or research)) or "self report*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S33	"lived experience*" or "life experience*" or "cluster sampl*" or theme* or thematic or "observational method*" or questionnaire* or "content analys?s" or (discourse* N3 analys?s) or (discurs* N3 analys?s) or (constant N1 comparative) or (constant N1 comparison) or "narrative analys?s"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S32	account or accounts or unstructured or openended or "open ended" or text* or narrative* or "life world" or "life-world" or "conversation analys?s" or "personal experience*" or "theoretical saturation"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S31	(field N1 stud*) or (field N1 research) or "human science" or "biographical	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	Display

	method" or "theoretical sampl*" or (purpos* N4 sampl*) or (focus N1 group*)		Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S30	"social construct*" or postmodern* or "post-structural*" or "post structural*" or poststructural* or "post modern*" or "post-modern*" or feminis* or interpret* or "action research" or "cooperative inquir*" or "co operative inquir*" or "co-operative inquir*" or humanistic or existential or experiential or paradigm*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S29	emic or etic or hermeneutic* or heuristic* or semiotic* or (data N1 saturat*) or "participant observ*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S28	ethnonursing or ethnograph* or phenomenol* or (grounded N1 theor*) or (grounded N1 study) or (grounded N1 studies) or (grounded N1 research) or (grounded N1 analys?s) or "life stor*" or "women's stor*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S27	(MH "Work Experiences") OR (MH "Volunteer Experiences") OR (MH "Student Experiences") OR (MH "Life Experiences")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S26	(MH "Phenomenological Research") OR (MH "Phenomenology")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S25	(MH "Field Studies") OR (MH "Descriptive Research")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S24	(MH "Observational Methods") OR (MH "Participant Observation") OR (MH "Nonparticipant Observation") OR (MH "Structured Categories") OR (MH "Unstructured Categories")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display

S23	(MH "Purposive Sample") OR (MH "Cluster Sample") OR (MH "Multi-Stage Cluster") OR (MH "Single-Stage Cluster") OR (MH "Two-Stage Cluster") OR (MH "Theoretical Sample")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S22	(MH "Transferability") OR (MH "Dependability (Research)") OR (MH "Credibility (Research)") OR (MH "Confirmability (Research)") OR (MH "Qualitative Validity")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S21	(MH "Content Analysis") OR (MH "Discourse Analysis") OR (MH "Constant Comparative Method")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S20	(MH "Questionnaires") OR (MH "Open-Ended Questionnaires") OR (MH "Structured Questionnaires")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S19	(MH "Qualitative Studies") OR (MH "Grounded Theory") OR (MH "Ethnographic Research") OR (MH "Ethnological Research") OR (MH "Ethnonursing Research") OR (MH "Research, Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S18	(MH "Focus Groups") OR (MH "Interviews") OR (MH "Semi-Structured Interview") OR (MH "Structured Interview") OR (MH "Unstructured Interview") OR (MH "Audiorecording") OR (MH "Self Report")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S17	S15 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	541
S16	Psychiatr* or mental health or mental illness*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	126,555
S15	S9 OR S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost	5,020

			Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S14	S5 AND S13	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,155
S13	S10 OR S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	50,389
S12	(staff or nurse* or employee* or personnel or psychotherapist*) W0 (experience* or perception* or attitude*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	29,228
S11	(MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Psychotherapist Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	22,290
S10	(MH "Attitude of Health Personnel") OR (MH "Employee Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	24,601
S9	S5 AND S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4,247
S8	S6 OR S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	72,869
S7	(patient or user or client or consumer) W0 (experience* or perception* or attitude*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	40,530
S6	(MH "Patient	Search modes - Boolean/Phrase	Interface -	36,387

	Satisfaction") OR (MH "Consumer Satisfaction")		EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	28,701
S4	"shared decision making" or "patient decision making"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,100
S3	(MH "Decision Making, Patient")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	11,274
S2	(consumer* or client* or patient* or user*) W0 (participat* or involv* or engagement or empowerment)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	17,003
S1	(MH "Consumer Participation")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	11,594



## Vedlegg 2: MeSH-liste Medline

### MeSH Medline:

Database: Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid

MEDLINE(R) <1946 to Present>

Search Strategy:

- 
- 1 Patient Participation/ (23267)
  - 2 ((consumer\* or client\* or patient\* or user\*) adj (participat\* or involv\* or engagement or empowerment)).tw,kf,kw. (22374)
  - 3 Decision Making/ (86641)
  - 4 (shared decision making or patient decision making).tw,kf,kw. (6035)
  - 5 1 or 2 or 3 or 4 (126755)
  - 6 Patient Satisfaction/ (75870)
  - 7 ((patient or user or client or consumer) adj (experience\* or perception\* or attitude\*)).tw,kf,kw. (20636)
  - 8 6 or 7 (93913)
  - 9 5 and 8 (5252)
  - 10 "Attitude of Health Personnel"/ (113440)
  - 11 ((staff or nurse\* or employee\* or personnel or psychotherapist\*) adj (experience\* or perception\* or attitude\*)).tw,kf,kw. (9821)
  - 12 10 or 11 (118997)
  - 13 5 and 12 (5880)
  - 14 9 or 13 (10767)
  - 15 (psychiatr\* or mental health or mental illness\*).mp. (460299)
  - 16 14 and 15 (915)
  - 17 Qualitative Research/ or Interview/ or Self Report/ or Nursing Methodology Research/ or Hermeneutics/ (101209)
  - 18 (theme\$ or thematic).mp. or qualitative.af. or (ethnological research or ethnograph\$).mp. or (ethnonursing or phenomenol\$).af. (272334)
  - 19 questionnaire\$.mp. (645024)
  - 20 survey\$.mp. (897296)
  - 21 (grounded adj (theor\$ or study or studies or research or analys?s)).af. (9939)
  - 22 (life stor\$ or women\* stor\$).mp. or (emic or etic or hermeneutic\$ or heuristic\$ or semiotic\$).af. or (data adj1 saturat\$).tw. or participant observ\$.tw. (21342)
  - 23 (social construct\$ or post-structural\$ or post structural\$ or poststructural\$ or postmodern\$ or post modern\$ or post-modern\$ or feminis\$ or interpret\$ or action research or cooperative inquir\$ or co operative inquir\$ or co-operative inquir\$).mp. (497195)
  - 24 (humanistic or existential or experiential or paradigm\$).mp. or (field adj (study or studies or research)).tw. or human [science.tw](#). or biographical [method.tw](#). or theoretical sampl\$.af. or ((purpose\$ adj4 sampl\$) or (focus adj group\$)).af. (196537)
  - 25 (account or accounts or unstructured or openended or open ended or text\$ or narrative\$ or life world or life-world or conversation analys?s or personal experience\$ or theoretical saturation or ((lived or life) adj experience\$)).mp. (587621)
  - 26 cluster sampl\$.mp. or (observational method\$ or content analys?s or (constant adj (comparative or comparison))).af. or ((discourse\$ or discours\$) adj3 analys?s).tw. or narrative analys?s.af. (34920)
  - 27 (descriptive adj (study or studies or research)).mp. or self report\*.tw. (153689)
  - 28 (meta-synthes?s or metasynthes?s or meta-ethnograph\$ or metaethnograph\$).mp. (1180)
  - 29 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 (2502995)
  - 30 16 and 29 (609)
  - 31 remove duplicates from 30 (542)

## Vedlegg 3: MeSH-liste PsychInfo

### MeSH PsychInfo:

Database: PsycINFO <1806 to October Week 4 2017>

Search Strategy:

-----  
1 client participation/ (1792)  
2 ((consumer\* or client\* or patient\* or user\*) adj (participat\* or involv\* or engagement or empowerment)).tw,id.  
(8702)  
3 Decision Making/ (65205)  
4 (shared decision making or patient decision making).tw,id. (2251)  
5 1 or 2 or 3 or 4 (74702)  
6 client satisfaction/ or Client Attitudes/ (19968)  
7 ((patient or user or client or consumer) adj (experience\* or perception\* or attitude\*)).tw,id. (11375)  
8 6 or 7 (28050)  
9 5 and 8 (2038)  
10 therapist attitudes/ or health personnel attitudes/ or psychotherapist attitudes/ (21015)  
11 ((staff or nurse\* or employee\* or personnel or psychotherapist\*) adj (experience\* or perception\* or  
attitude\*)).tw,id. (11510)  
12 10 or 11 (29183)  
13 5 and 12 (1126)  
14 9 or 13 (3027)  
15 (psychiatr\* or mental health or mental illness\*).mp. (420337)  
16 14 and 15 (447)  
17 qualitative research/ or phenomenology/ or hermeneutics/ or narratives/ or grounded theory/ or self-report/ or  
group discussion/ or interviews/ or ethnography/ (73396)  
18 (theme\$ or thematic).mp. or qualitative.af. or (ethnological research or ethnograph\$).mp. or (ethnonursing or  
phenomenol\$).af. (466169)  
19 questionnaire\$.mp. (351159)  
20 survey\$.mp. (285196)  
21 (grounded adj (theor\$ or study or studies or research or analys?s)).af. (47525)  
22 (life stor\$ or women\* stor\$).mp. or (emic or etic or hermeneutic\$ or heuristic\$ or semiotic\$).af. or (data adj1  
saturat\$).tw. or participant observ\$.tw. (89654)  
23 (humanistic or existential or experiential or paradigm\$).mp. or (field adj (study or studies or research)).tw. or  
(human science or biographical method).tw. or (theoretical sampl\$ or (purpose\$ adj4 sampl\$) or (focus adj group\$)).af.  
(179168)  
24 cluster sampl\$.mp. or (observational method\$ or content analys?s or (constant adj (comparative or  
comparison))).af. or ((discourse\$ or discours\$) adj3 analys?s).tw. or narrative analys?s.af. (67745)  
25 (descriptive adj (study or studies or research)).mp. or self report\*.tw. (111713)  
26 (meta-synthes?s or metasynthes?s or meta-ethnograph\$ or metaethnograph\$).mp. (723)  
27 ("0600" or "0750" or "1600" or "0700").md. (320619)  
28 or/17-27 (1296492)  
29 16 and 28 (330)

## Vedlegg 4: CASP-sjekkliste

### **CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR AN ARTICLE ON QUALITATIVE RESEARCH.**

**Study Design:** This is a generic checklist covering different types of qualitative research methodology, e.g. interviews, focus groups

#### **Adapted from:**

**Critical Appraisal Skills Programme (CASP), Public Health Resource Unit, Institute of Health Science, Oxford.**

**Greenhalgh T. Papers that go beyond numbers (qualitative research). In: *How to read a paper. The basics of evidence based medicine*. BMJ Publishing Group, 1997.**

**IS THIS PAPER WORTH READING?**

<p><b>1. Did the article describe an important clinical problem addressed via a clearly formulated question?</b></p>	<p><b>Yes</b></p>	<p><b>Can't tell</b></p>	<p><b>No</b></p>
<p><b>2. Was a qualitative approach appropriate?</b></p> <p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Does the research seek to understand or illuminate the experiences and/or views of those taking part.</li> </ul>			

**ARE THE RESULTS CREDIBLE?**

<p><b>3. Was the sampling strategy clearly defined and justified? In particular,</b></p> <p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Has the method of sampling (for both the subjects and the setting) been adequately described?</li> <li>• Have the investigators studied the most useful or productive range of individuals and settings relevant to their question?</li> <li>• Have the characteristics of the subjects been defined?</li> <li>• Is it clear why some participants chose not to take part?</li> </ul>	<p><b>Yes</b></p>	<p><b>Can't tell</b></p>	<p><b>No</b></p>
<p><b>4. What methods did the researcher use for collecting data?</b></p> <p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Have appropriate data sources been studied?</li> <li>• Have the methods used for data collection been described in enough detail?</li> <li>• Was more than one method of data collection used?</li> <li>• Were the methods used reliable and independently verifiable (e.g. audiotape, videotape, fieldnotes)?</li> <li>• Were observations taken in a range of circumstances (e.g. at different times)?</li> </ul>			

<p><b>5. What methods did the researcher use to analyse the data, and what quality control measures were implemented?</b></p> <p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• How were themes and concepts derived from the data?</li> <li>• Did more than one researcher perform the analysis, and what method was used to resolve differences of interpretation?</li> <li>• Were negative or discrepant results fully addressed, or just ignored?</li> </ul>	Yes	Can't tell	No
<p><b>6. Was the relationship between the researcher(s) and participant(s) explicit.</b></p> <p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What was the researchers perspective?</li> <li>• Had the researcher critically examined his or her own role, potential bias and influence?</li> <li>• Was it clear where the data were collected and why that setting was chosen?</li> <li>• How was the research explained to the participants?</li> <li>• Confidentiality, ethics, implications and consequences for research findings for all of the above.</li> </ul>			

### WHAT ARE THE RESULTS?

<p><b>7. What are the results, and do they address the research question?</b></p>	Yes	Can't tell	No
<p><b>8. Are the results credible? For example,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Have sequences from the original data been included in the paper (e.g. direct quotation)?</li> <li>• Is it possible to determine the source of data presented (e.g. by numbering of extracts)?</li> <li>• How much of the information collected is available for independent assessment?</li> <li>• Are the explanations presented plausible and coherent?</li> </ul>			

<p>9. What conclusions were drawn, and are they justified by the results? In particular, have alternative explanations for the results been explored?</p>			
---	--	--	--

**ARE THE FINDINGS OF THIS STUDY TRANSFERABLE TO A WIDER POPULATION?**

	Yes	Can't tell	No
<p>10. To what extent are the findings of the study transferable to other clinical settings?</p> <p>Consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Were the subjects in the study similar in important respects to your own patients?</li> <li>• Is the context similar to your own practice?</li> </ul>			



## Vedlegg 5: Presentasjon av de inkluderte artiklene.

### Presentasjon av de inkluderte artiklene.

<b>Tittel Forfattere (år)</b>	<b>Tilnærming</b>	<b>Metode</b>	<b>Deltakere</b>	<b>Søke- metode</b>
<i>It's important that they learn from us for mental health to progress.</i>  S.L. Connor & R. Wilson (2006)	Eksplorerende kvalitativ tilnærming, med en induktiv resonnement. Pasientperspekti v.	Fokusgruppeintervjuer	31 deltakere fordelt på 5 fokusgrupper. Lokalisert i Nord-Irland.	Ordsøk.
<i>Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: a qualitative exploration of service users perspectives.</i>  A.C. Grundy, P. Bee, O. Meade, P. Callaghan, S. Beatty, N. Olleveant & K. Lovell. (2016)	Eksplorerende kvalitativ tilnærming. Pasientperspekti v.	Fokusgruppeintervjuer og individuelle dybdeintervjuer.	27 deltakere i 5 fokusgruppeintervjuer, og 23 deltakere i de individuelle intervjuene. 8 deltakere fra fokusgruppeintervjuene deltok i de individuelle intervjuene. Lokalisert i England.	Ordsøk.
<i>Shared decision making from the service users` perspective: A narrative study from community mental health centers in northern Norway.</i>  R.K. Klausen, B.H. Blix, M. Karlsson, S. Haugsgjerd & G. Lorem. (2016)	Narrativ tilnærming. Pasientperspekti v.	Kvalitative dybdeintervjuer.	25 deltakere, fra Nord-Norge.	Ordsøk.
<i>User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals.</i>  T.A. Elstad & A.H. Eide (2009)	Kvalitativ eksplorerende tilnærming, med bruk av Grounded Theory i analysen. Pasientperspekti v og helsepersonellperspektiv.	Individuelle dybdeintervjuer og 2 fokusgruppeintervjuer.	10 individuelle intervjuer med brukere, og 2 fokusgruppeintervjuer med 6 fagpersonell. Fra Norge.	Ordsøk.
<i>Decision Making in Recovery-oriented Mental Health Care.</i>	Kvalitativ observasjon. Både pasientperspekti	Direkte observasjoner i konsultasjoner mellom pasient og behandler. Konsultasjonene ble	4 behandlere og 10 brukere fra hver behandler. Til sammen 40 brukere. Lokalisert i	Ordsøk.

<p><i>Decision Making in Recovery-oriented Mental Health Care.</i></p> <p>M.S. Matthias, M.P. Salyers, A.L. Rollins &amp; R.M. Frankel. (2012)</p>	<p>Kvalitativ observasjon. Både pasientperspektiv og helsepersonellperspektiv.</p>	<p>Direkte observasjoner i konsultasjoner mellom pasient og behandler. Konsultasjonene ble tatt opp og transkribert.</p>	<p>4 behandlere og 10 brukere fra hver behandler. Til sammen 40 brukere. Lokalisert i midt-vest USA.</p>	<p>Ordsøk.</p>
<p><i>Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter.</i></p> <p>V. Mathisen, A. Obstfelder, G. Lorem &amp; P. Måseide. (2015)</p>	<p>Kvalitativ observasjon, med et interaksjonistisk perspektiv. Helsepersonellperspektiv.</p>	<p>Direkte observasjoner i avdelingen, fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer.</p>	<p>200t observasjon, 12 individuelle intervjuer med fagpersonell og fokusgruppeintervju. Til sammen ble 69 fagpersoner intervjuet, og 25pasienter observert. Lokalisert i Norge.</p>	<p>Ordsøk.</p>
<p><i>Refleksjon over praksis i lys av empowerment – en fokusgruppeundersøkelse.</i></p> <p>S. Tveiten, R.F. Onstad &amp; M. Haukland. (2014)</p>	<p>Eksplorerende kvalitativ tilnærming, med hermeneutiske prinsipper brukt i analysen. Helsepersonellperspektiv.</p>	<p>Fokusgruppeintervjuer.</p>	<p>13 fagpersoner deltok i 2 fokusgrupper. Disse fokusgruppene ble intervjuet to ganger. Lokalisert i Norge.</p>	<p>Ordsøk.</p>
<p><i>Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – en kvalitativ studie blant psykisk</i></p>	<p>Fenomenologisk-hermeneutisk metode. Helsepersonellperspektiv.</p>	<p>Dybdeintervjuer.</p>	<p>7 deltakere deltok i dybdeintervjuene. Lokalisert i Norge.</p>	<p>Ordsøk.</p>



## Vedlegg 6: Analyteskjemaer for de inkluderte artiklene

Tittel:	It's important that they learn from us for mental health to progress.
Forfattere:	S.L. Connor, R. Wilson
Tidsskrift (årstall):	Journal of Mental Health (2006)
Perspektiv:	?
Teoretisk bakgrunn/problem:	<p>Brukermedvirkning oppstod som en filosofisk og politisk kritikk av tradisjonell psykiatri på 60-tallet i Europa, USA og Canada. Brukerbevegelsen utviklet seg utav fiendtlighet mot ECT-behandling, sterke beroligende og bruk av tvangsparagrafer for å kunne holde tilbake mennesker uten noen rettssikkerhet.</p> <p>Til tross for den økende tilstedeværelsen av brukermedvirkning i psykiske helsetjenester har noen forskere uttrykket at dette kun er retorisk og symbolsk, og at kvalitative undersøkelser ofte viser et mer negativ opplevelse enn hva kvantitative undersøkelser gjør. En global tilfredshetskår gir lite informasjon om hva brukerne selv opplever, og derfor må det mer kvalitativ forskning til på emnet.</p>
Hensikt:	Studiets hensikt var å undersøke opplevelsene fra en gruppe brukere av psykiske helsetjenester, angående brukermedvirkning.
Metode:	<p>Metoden som er brukt er en eksplorerende kvalitativ tilnærming. Fokusgruppeintervjuer ble brukt for datainnsamling, for å sikre variasjon i ideene, forstå forskjellige perspektiv og oppdage faktorer som påvirker meningene til brukerne. Det ble foretatt et strategisk utvalg for å sikre deltakere som mest sannsynlig kunne gi best mulig data.</p> <p>Inklusjonskriteriene var at brukerne måtte ha en ganske betydelig kontakt med psykiske helsetjenester, som gjerne var innlagt eller mellom to behandlinger som for eksempel bofelleskap og poliklinisk oppfølging. Brukerne kom fra Nord-Irland. 31 deltakere deltok i studiet, i løpet av 6mnd i 2003.</p> <p>Deltakerne mottok skriftlig informasjon og frivillig deltakelse ble forklart for dem. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp digitalt, og deretter transkribert. De varte ca 60min. Diskusjonene i gruppene var semi-strukturerte. Det ble holdt 5 fokusgruppeintervjuer.</p> <p>Analysen er basert på Grounded Theory, for å bedre kunne avdekke fenomener og forstå hvordan en gruppe mennesker definerer deres liv gjennom deres erfaringer. Induktiv resonnement ble brukt for å generere data som kan bli sammenlignet på en deduktiv måte for å skape teoretiske rammeverk. Alle transkriptene ble kodet ut i fra Strauss sin metode. Dataene ble gjennomgått fortløpende igjennom hele forskningsprosessen, og temaene som oppstod ble hele tiden revidert.</p>
Resultat:	Dataanalysen kom fram til 4 hovedtema ut i fra deltakernes fokusgruppeintervjuer: 1: Språk/terminologi

- 2: Kvaliteter hos psykiatriske fagfolk
- 3: Ulike omsorgsmodeller
- 4: Informasjon og kommunikasjon

Deltakerne diskuterte en del rundt terminologi og hva de selv ønsket å bli definert som. Flere syntes at "psykiatrisk pasient" eller "schizofren", "bipolar" osv var stigmatiserende og var heller ikke komfortabel med begrepene "klient, lidende, overlevende" osv. Det begrepet som de opplevde som minst negativt var "bruker" og "psykiske vanskeligheter". Deltakerne fortalte om hvordan de hadde opplevd stigmatiseringen fra samfunnet på grunn av terminologi, og hvordan dette hadde påvirket deres selvfølelse. Selv om de forstod behovet for diagnostisering, opplevde de at DSM hadde store mangler og var åpen for tolkning. Deltakerne opplevde ofte å få nye diagnoser ved bytte av behandler, da alle tolket symptomene deres ulikt. Den ene deltakeren hadde selv 7 ulike diagnoser på grunn av dette. Deltakerne savnet mer psykoedukasjon i det offentlige, slik at psykiske vanskeligheter ikke forble så tabubelagt og stigmatiserende.

Tilnærmingen til de psykiatriske fagfolkene var en stor diskusjon mellom deltakerne i fokusgruppeintervjuene. Deltakerne mente det var svært viktig å se personen bak diagnosen og de psykiske vanskelighetene. Fagfolkene som viste menneskelige kvaliteter og som nådde ut til dem som personer fremfor pasienter hadde blitt opplevd som de mest hjelpsomme. Dette var med på å bryte ned barrieren mellom pasient-behandler. Uten en god relasjon var det umulig å begynne helbredelsesprosessen ifølge deltakerne. Viktigheten av å bli behandlet individuelt og ikke som en helhetlig gruppe med bipolare/schizofrene var også viktig. Det krever ofte mer av fagpersonene, men i lengden er det det som gir best gevinst. Deltakerne ramset opp ulike kvaliteter som fagpersonene burde inneha som for eksempel aktiv lytting, empati og forståelse. Det var også viktig at fagpersonene oppholdt seg ute i fellesmiljøet med pasientene, og ikke inne på vaktrommet. Å oppleve at fagpersonene var emosjonelt utilgjengelig og uinteresserte var destruktivt ift tillitsbygging og trygghetsfølelse. Genuin interesse for brukerne var essensielt for å bli bedre.

Deltakerne opplevde at det fremdeles var stort fokus på biomedisinske modeller i sykehusene, og at dem ble sett på som maskiner som må repareres. De merket presset som lå på fagfolket for å jobbe på en viss måte, og derfor skjedde eventuell forandring veldig sakte. Videre opplevde deltakerne at de ikke kunne snakke om sitt livssyn eller tro, for nevnte man Gud til en psykiater så fikk man bare utskrevet mer medisiner. Det ble for mye fokus på symptomer, og personen bak ble ofte glemt. Deltakerne opplevde ofte at de ikke ble spurt om hvordan de

hadde det, om hvordan farens dødsfall hadde påvirket han/hun, eller bruddet med langtids-kjæresten hadde påvirket han/hun. De ble kun stappet full av tabletter. Å ha noe konstruktivt å sysle med manglet det ofte, og deltakerne opplevde flere ganger under deres innleggelse at de ble overlatt til seg selv og destruktive tanker. Viktigheten med avledning var alle deltakerne enige om. Når de var innlagt opplevde deltakerne ofte en paternalistisk holdning fra fagpersonellet og kommentarer som "vær en flink gutt" opplevdes som veldig nedlatende. Å bli behandlet som en likeverdig voksen person med respekt var viktig. Flere deltakerne opplevde å bli fratatt kontroll når de ble innlagt, og at fagpersonene som tok fra dem kontrollen ofte gjorde det gjennom ydmykelse, tvangsmedisinering, ECT eller verbale overgrep. Å ta tilbake noe av kontrollen fra fagpersonene gjorde at de ble sett på som vanskelige og krevende pasienter. Deltakerne savnet støtte, og måtte ofte heller finne dem blant andre pasienter og i brukergrupper.

Informasjon og kommunikasjon (eller mangel derav) ble tatt opp gjentatte ganger av deltakerne i gruppeintervjuene. Deltakerne beskrev et kontinuerlig behov for informasjon om medisiner og mulige bivirkninger. De ønsket også at de fikk mer informasjon om rettigheter og praktisk bistand med søknader av ulik art. Effektiv kommunikasjon, å oppleve at noen faktisk hørte og forstod det man fortalte, ble nevnt flere ganger. En deltaker fortalte at han hadde vært innlagt i 6 uker og så fram til permisjon, men pga en kommunikasjonsmisforståelse ble permisjonen inndratt. Fremfor å rydde opp i misforståelsen, hadde fagpersonene heller stått fast på sitt.

Det ble diskusjon rundt brukermedvirkning og hvorvidt de opplevde seg involvert. Majoriteten av deltakerne var enige om at brukermedvirkning var fremdeles i startfasen, og at behandlingen var hovedsakelig preget av medisinske modeller som fokuserte på symptomer og demping av disse med medisiner. Det farmakologiske ble vektlagt fremfor samtalerapi. Flere av deltakerne fortalte om opplevelser hvor de opplevde at fagpersonellet hadde sett på dem som mindre intellektuelle fordi de hadde en psykiatrisk diagnose, og derfor ikke var blitt invitert med i behandlingsplanleggingen. De fleste deltakerne ønsket å bli involvert og så på det som en positiv utvikling. En deltaker fortalte at han hadde vært inn og ut av psykiatrien i 17 år, og hadde ikke opplevd en eneste gang å bli spurt hvordan han opplevde sin behandling, og om han var fornøyd. Han hadde aldri blitt rådført med før de igangsatte en behandlingsmetode.

Disse funnene støttes opp av funn i andre studier verden rundt som har undersøkt hva brukere ønsker fra fagpersoner angående deres behandling. Videre viser funnene fra dette studiet at

brukermedvirkning ikke bare handler om å bli inkludert i behandlingsplanlegging, men brukermedvirkning er en holistisk metode av involvering som inkluderer alle aspekter i brukernes liv, ikke bare psykisk helse, men også sosiale og personlige forhold. Det biomedisinske fokuset må erstattes med et psykodynamisk som fokuserer på psykologisk og sosial forståelse.

Konklusjonen er at brukermedvirkning slik det beskrives i politiske føringer og veiledende dokumenter ikke blir gjennomført i praksis. Det kreves derfor videre forskning på hvordan få implementert brukermedvirkning inn i psykisk helsetjenester slik at det blir en realitet for brukerne.

Tittel:	Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: a qualitative exploration of service users perspectives.
Forfattere:	A.C. Grundy, P. Bee, O. Meade, P. Callaghan, S. Beatty, N. Ollevent, K. Lovell.
Tidsskrift (årstall):	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. (2016)
Perspektiv:	?
Teoretisk bakgrunn/problem:	<p>Omsorgsplanlegging innen psykisk helse kan bli definert som en repeterende 5-trinns prosess som inkluderer</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: behovsvurderinger,</li> <li>2: formuleringer,</li> <li>3: utfall og intervensjonsplanlegging,</li> <li>4: gjennomføring og</li> <li>5: evaluering av omsorgen som mottas.</li> </ol> <p>Brukermedvirkning i omsorgsplanlegging krever at denne prosessen blir et samarbeid mellom bruker og behandler, som inkluderer tilstrekkelig med informasjonsutveksling, deltakelse og beslutningstaking.</p> <p>Nasjonale undersøkelser (UK) og dokumentasjon rapporterer konsekvent at brukerne er misfornøyd med involveringen i omsorgsplanleggingen, og dette tyder på at den politiske og moralske aksepten av brukermedvirkning ikke har fått samme tilsvar i implementeringen innen mental helse. Videre viser undersøkelser at mange brukere fremdeles ønsker og trenger å bli involvert i planleggingen av deres omsorgs/helsetilbud. Det vokser et stadig større behov for å adressere dette gapet mellom politiske føringer og reell utførelse av brukermedvirkning.</p>
Hensikt:	<p>Studiets hensikt var å utforske brukerbegrepet om meningsfylt engasjement i mental helsetjenesters omsorgsplanlegging.</p> <p>Studiet ønsket også utforske hvordan å konseptualisere involveringen i omsorgsplanleggingen fra brukerperspektivet. Videre ønsket de å undersøke hvordan meningsfylt engasjement kan bli implementert i omsorgsplanleggingen, og til sist å utforske rollen og innflytelsen til enkeltpersoner, lag og organisatoriske faktorer når det gjelder å oppnå høy kvalitet på brukermedvirkningen i omsorgsplanleggingen.</p>
Metode:	<p>Studiets design var kvalitativ eksplorerende med to datainnsamlingsmetoder. De bruke individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer. Temaene som ble identifisert i fokusgruppeintervjuene ble dypere utforsket i de individuelle intervjuene.</p> <p>Deltakerne var strategisk utvalgt fra to store mental helse institusjoner. Inklusjonskriteriene var at deltakerne skulle være</p>

	<p>over 18år, og enten være i behandling eller nylig utskrevet. Deltakerne ble tilsendt skriftlig informasjon om studiet og hvordan anonymiteten ble ivaretatt. De fikk mulighet til å kontakte forskerne dersom det var noe de lurte på. De måtte gi skriftlig samtykke.</p> <p>Det ble utført 5 fokusgruppeintervjuer (27 personer til sammen), mellom juni og september 2013. Hver gruppe ble fasilitert av to til tre av forskerne, og varte mellom 60-97min. Det ble utført 23 individuelle intervjuer mellom juni og oktober 2013, og ble gjennomført enten på universitetet, institusjonen eller i hjemmet/jobben til pasientene. Det var pasientenes valg. De individuelle intervjuene varte mellom 34 og 91min. 8 deltakere fra fokusgruppeintervjuene deltok også i de individuelle intervjuene. Alle fokusgruppeintervjuene og de individuelle ble tatt opp digitalt og deretter transkribert.</p> <p>Dataanalysen fulgte en kvalitativ rammeverk tilnærming. Hver forsker gjorde seg kjent med dataene og gikk gjennom dem individuelt før de samlet seg og diskuterte hvordan å kode dem. Forskerne møttes jevnlig for å diskutere kodingen og eventuelt endre dem.</p> <p>Studiet ble godkjent av den lokale etiske komiteen.</p>
<p>Resultat:</p>	<p>Resultatene fra studiet avslørte et klart skille mellom brukerkonseptene i en omsorgsplan som et håndgripelig, skriftlig dokument og omsorgsplanlegging som operasjonsprosessen gjennom hvilken denne dokumentasjonen vanligvis oppnås. I stedet for bare å konseptualisere sin egen rolle i denne prosessen, avgrenset brukerne heller en optimal modell av brukerrelatert omsorgsplanlegging som omfattet både prosessoriske og agent-sentrert (dvs. bruker- og profesjonelle) elementer. De argumenterte for 10 nøkkelpunkter i denne prosessen. Disse ti punktene deles inn i to hovedgrupper:</p> <p>1: Prosessoriske elementer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Etablere en relasjon</li> <li>2: Få fram brukerens bidrag og ønsker</li> <li>3: Kvaliteten på kriseplan/omsorgsplan</li> <li>4: Oppnå helhetlig omsorgsplan med fokus på hele brukeren</li> <li>5: Innføre konsekvenser for fagpersoner som ikke inkluderer brukeren</li> </ol> <p>2: Agent-sentrert elementer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Anerkjennelse av brukerens ressurser</li> <li>2: Styrke brukerens selvtillit</li> <li>3: Fasilitere profesjonelle konsultasjoner</li> <li>4: Muliggjør og legge til rette for brukermedvirkning</li> <li>5: Være tydelig i kommunikasjonen.</li> </ol>

	<p>Selv om det har vært kjent at brukerne har vært misfornøyd med deres oppfølging og omsorgsplanlegging, er dette et av de første studiene som får fram hva brukerne ønsker og trenger for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene. Studiets resultater viser at brukerne verdsetter god kvalitet på ytelsene de mottar. Resultatene sier også at brukerne fremdeles har noen behov som er umøtt med tanke på tderes omsorgsplan/kriseplan. Brukerne ønsker at kriseplanen/omsorgsplanen skal ha betydning for dem, slik at de kan lettere ta dem i bruk. Og ikke være noe fagpersonen har satt sammen, som brukerne ikke kan relatere seg til.</p> <p>I samsvar med tidligere forskning viser studiet til at brukerne opplever manglende fokus på bedringsprosesser i omsorgsplanleggingen. Brukerne har et pågående behov for en individualistisk, holistisk og recovery-orientert behandling. Forskningen viser at for å oppnå brukermedvirkning må fagpersonell engasjere seg mer brukerne. Det må fundamentale endringer til i fagpersonellets holdninger, oppførsel og kommunikasjon.</p> <p>Budskapet som studiet fremhever er at dersom fagpersonell tar i bruk de ti nøkkelpunktene som brukerne fremhevet i samhandlingen mellom pasient og behandler, vil dette øke fagpersonellets forståelse for hva brukerne behøver for å føle seg involvert i sin egen omsorgsplanlegging.</p>

Tittel:	Shared decision making from the service users` perspective: A narrative study from community mental health centers in northern Norway.
Forfattere:	Rita K. Klausen, Bodil H. Blix, Marie Karlsson, Svein Haugsgjerd og Geir F. Lorem.
Tidsskrift (årstall):	Social Work in Mental Health (2016)
Perspektiv:	
Teoretisk bakgrunn/problem:	<p>I forsøk på å deinstitusjonalisere pasienter er det ideelle mer aktiv involvering fra pasientene ved å fasilitere mer uavhengighet og selvstendighet som mulig. Mer tverrfaglig arbeid gjennom helsetjenestene og større forventninger til brukerinvolvering fra pasientene øker behovet for mer kunnskap om brukermedvirkning. For å få en optimal behandling trenger fagpersoner mer kunnskap om pasientenes opplevelser og tilfredshet.</p> <p>En autonom person har full rett til å medvirke i alle avgjørelser angående personens frihet, helse og liv. Dette er nedfelt både i de norske lovene og i de internasjonale menneskerettighetene. Samtykkekompetanse blir kun vurdert som fraværende dersom pasienten er tydelig ute av stand til å forstå hva samtykke innebærer, og hva som er til sitt eget beste ift helsebehandling. I Norge blir dette vurdert av profesjonelle med spesialiseringer, som for eksempel psykiatere eller psykologspesialister.</p> <p>Graden av brukermedvirkning i psykiske helsetjenester varierer fra kun litt informasjon og rådgivning, til mer reell makt i avgjørelsesprosesser. I tidligere forskning om brukermedvirkning i Norge ble det konkludert med at i de akutte fasene av psykisk lidelse ble brukermedvirkning ansett som imot pasientens beste. Pasienter med manglende innsikt ble ansett som en utfordring ift brukermedvirkning.</p> <p>Annen forskning fra utlandet viser at brukermedvirkning kun skjer gjennom gjensidige forhold mellom dialog og felles beslutningstaking. Brukermedvirkning er i fokus i behandlingsmetoder, men likevel viser forskning at brukere er misfornøyd med graden av felles beslutningstaking innen psykiske helsetjenester.</p>
Hensikt:	Studiets fokus er på brukeres opplevelse og erfaringer av å bli involvert i beslutningstaking, mens de er innlagt på et DPS eller mottar poliklinisk oppfølging fra et DPS.
Metode:	Metoden som blir brukt i studiet er narrativ. Forskerne ønsker å presentere brukernes perspektiver og opplevelser. Datainnsamlingen foregår gjennom kvalitative intervjuer som ble gjennomført av førsteforfatter (Klausen). Det ble gjennomført 25 intervjuer, hvorav 6 av dem ble gjennomført i pasientens hjem mens de andre ble gjennomført på DPSen. Intervjuene varte



	<p>hovedsakelig 45-60min, og ble tatt opp digitalt. Deretter ble de transkribert. Intervjuene åpnet med åpne spørsmål og pasientene ble invitert til å snakke så fritt som mulig.</p> <p>25 pasienter ble intervjuet, 16 kvinner og 9 menn, alle mellom 18 og 87år. Pasientene tilhørte 3 ulike DPS i to av Norges nordligste fylker. Pasientene var i ulike faser av behandlingen mens de ble intervjuet. Noen var nylig innlagt, mens andre var blitt utskrevet og fikk oppfølging fra poliklinikken. Inklusjonskriteriene var at pasientene måtte ha opplevd store endringer i livet sitt på grunn av psykisk lidelse, at de har opplevde å bli akutt innlagt til psykiatrisk sykehus og at de kunne gi et informert samtykke til å delta. De mottok informasjonskriv og måtte signere samtykkeerklæringer.</p> <p>Dataene ble analysert etter tematisk analyse metoden, som er preget av fleksibilitet og brede teoretiske rammeverk. Fokuset i analysen ble innholdet i historiene i intervjuene. Forfatterne jobbet sammen med et intervju om gangen og etter å ha gjennomgått alle 25 intervjuer identifiserte de at brukermedvirkning var essensielt i 4 kontekster.</p>
<p>Resultat:</p>	<p>Resultatene fra studiet viser at å delta i beslutningstakingprosesser er en stor del av brukermedvirkning. Brukermedvirkning var essensielt viktig i 4 kontekster:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: i innleggingsfasen</li> <li>2: i den individualiserte behandlingen</li> <li>3: i forskjellige behandlingssituasjoner</li> <li>4: i pasient-behandler relasjonen.</li> </ol> <p>1: Alle deltakerne i studiet opplevde en sårbarhet ved innleggelse. De gikk fra å være deltakende i samfunnet til å bli akutt innlagt på psykiatrisk avdeling. Det første møtet med fagpersonene innen psykiatrien ble ansett som svært avgjørende ift å bestemme hvordan deres opplevelse videre av innleggelsen ble. Å bli møtt med forståelse var prekært for å kunne bygge tillit. Å bli inkludert allerede i innleggingsfasen påvirket pasientenes vilje og aksept for å ta imot behandling.</p> <p>2: Deltakerne i studiet fortalte om viktigheten med brukermedvirkning på ulike måter. Å individualisere beslutningstakingen var viktig da de ofte var i ulike faser av behandlingen. Noen opplevde brukermedvirkning når de fikk lov å bestemme hva de skulle snakke om, mens andre opplevde brukermedvirkning når de fikk bestemme medisineren sin. De beskrev behovet for å individualisere brukermedvirkningen i den psykiske helsetjenesten for å kunne møte pasienten der hvor han/hun er.</p> <p>3: Mange av deltakerne i studiet hadde elektive innleggelser og</p>

mottok poliklinisk oppfølging ved deres lokale DPS. De fleste måtte pendle mellom sykehus, dps og deres hjem, og dette medførte et behov for kontinuitet i behandlingen. Å være deltakende i samfunnet kunne til tider være krevende for pasientene, enten pga aggressiv atferd eller ønsket om at samfunnet ikke skulle ha kjennskap til deres psykiske lidelser, og da var det viktig med brukermedvirkning slik at pasientene opplevde å være i kontroll etter utskrivelse. For "Tom" var det viktig å etablere kontakt med kommunale hjelpeinstanser som kunne bistå han i å holde seg unna rus, mens for "Ellen" var det viktig å slippe å delta i aktiviteter utenfor dpset for å slippe å bli gjenkjent av lokalsamfunnet. Å kunne bestemme selv over disse behovene og bli imøtekommet var viktig for opplevelsen av brukermedvirkning. Deltakerne i studiet opplevde at innleggelsene ble normaliserte og ufarliggjort ved å få lov å være med å bestemme deres oppfølging og behandling.

4: Alle deltakerne snakket omfattende om deres relasjon til fagpersonene. Relasjonen mellom pasient-behandler er et viktig aspekt ved brukermedvirkning. Relasjonen skal være dynamisk, og utgjør en viktig rolle av pasientenes brukermedvirkning i behandlingen. En viktig del av behandlingen er faktisk også å la pasientene velge vekk muligheten til å ta avgjørelser, og legge det i behandlerens hender. Å presse pasienter til å ta valg når de ikke føler seg i stand undergraver hele brukermedvirkningsprosessen. Å godta ambivalens er også brukermedvirkning. Fagpersonene må være fleksible, tålmodige og forståelsesfulle for å kunne fremme brukermedvirkning i situasjoner hvor pasienten føler seg usikker.

Studiet konkluderer med at brukermedvirkning ikke kan reduseres til kun valg angående medisinerer eller deltakelse i aktiviteter på dpset. Ei heller kan brukermedvirkning bli forstått som pasientens evne til å agere i samsvar med rådgivningen fra helsepersonellet. Compliance er ikke et tegn på brukermedvirkning. Resultatene viser at brukermedvirkning må bli forstått ut i fra relasjoner i ulike situasjoner og sosiale kontekster. Å foreta avgjørelser i samråd krever en ikke-paternalistisk kommunikasjon mellom fagpersonen og pasienten. Fleksibilitet i behandlingen er essensielt for å kunne lykkes. Et av hovedfunnene fra studiet er at deltakernes beskrivelser av en dynamisk prosess mellom brukermedvirkning i relasjon til sosial- og situasjonsbetinget kontekster i hverdagslivet. Å være involvert i sin egen behandling vil til tider bety å ta feil valg, men så lenge disse valgene ikke innebærer alvorlige risikoer eller fare er det viktig at fagpersonene tolerer mulighetene for at pasientene har ønsker som gjerne ikke stemmer overens med hva fagpersonene mener er til pasientenes beste.

Tittel:	User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals.
Forfattere:	Toril Anne Elstad & Arne Henning Eide.
Tidsskrift (årstall):	Scandinavian Journal of Caring Sciences. (2009)
Perspektiv:	
Teoretisk bakgrunn/problem:	
Hensikt:	Studiets hensikt var å utforske hvordan brukere og fagpersonell i samme DPS opplever brukermedvirkning. Målet var å øke forståelsen av brukermedvirkning med å rette søkelyset på forskjellige perspektiver innen disktriktskykiatri.
Metode:	<p>Studiets design var en kvalitativ eksplorerende tilnærming, med bruk av Grounded Theory i analyseringen av dataene. Studiet ble opprinnelig utviklet og gjennomført som en del av et større studie som direkte observerte tre distriktskykiatriske sentere.</p> <p>10 brukerne (5 kvinner og 5 menn) ble individuelt intervjuet, i løpet av en 7 måneders periode. Inklusjonskriteriene var at brukerne skulle motta tjenester fra 1 av dps'ene og ønsket å dele sine opplevelser. Alderen varierte fra 40-60år. Intervjuene ble ikke tatt opp på lydbånd, men det ble tatt notater igjennom hele intervjuet. Deretter ble notatene gjennomgått med hver enkelt deltaker for å undersøke om det hadde oppstått noen misforståelser, eller uenigheter. Denne metoden ble valgt da flere av deltakerne syntes det var ubehagelig med lydbånd.</p> <p>Det ble gjennomført 2 fokusgruppeintervjuer med 6 fagpersoner, 2 fra hvert dps (fire kvinner og to menn). Alderen varierte fra 40-60år. Inklusjonskriteriene var at fagpersonene skulle ha videreutdanning i psykisk helse, og deres jobberfaring varierte fra 7-18år. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert. Intervjuene varte ca halvannen til to timer.</p> <p>Dataanalysen ble utført ut i fra Grounded Theory med fokus på etnografiske studier. Notatene fra de individuelle intervjuene ble gått igjennom flere ganger og all data angående brukermedvirkning ble identifisert og markert. Transkriptene fra fokusgruppeintervjuene ble analysert på samme måte, men med ekstra fokus på diskusjonen innad i gruppene. Til slutt ble det identifisert 3 hovedtemaer til felles for både brukerne og fagpersonellet. Disse tre temaene ble presentert for både brukerne og fagpersonellet, og ingen av gruppene hadde noen innvendinger.</p> <p>Studiet er godkjent av NSD, og det ble holdt informasjonsmøter med brukere hvor de kunne lese skriftlig informasjon om studiet som ble hengt opp på informasjonstavler på de 3 dps'ene. Alle som ble intervjuet ga skriftlig samtykke. Anonymiteten ble</p>

	<p>ivaretatt med at alle navn i artikkelen er fiktive, og at alderne på deltakerne ikke er inkludert.</p>
<p>Resultat:</p>	<p>Det ble funnet 3 temaer i analysen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Brukermedvirkning – erfaring og preferanser.</li> <li>2: Miljø som fremmer brukermedvirkning.</li> <li>3: Profesjonell hjelp, ansvar og brukermedvirkning.</li> </ol> <p>1: Brukerne var her tydelig på at det var svært viktig for dem å kunne få delta i avgjørelser, både angående seg selv og aktiviteter på senteret. De var av felles oppfatning at fagpersonellet var viktige som motivatorer for å medvirke. Det var viktig at de profesjonelle la til rette for brukermedvirkning, og hadde forståelse dersom brukerne ikke ønsket å delta i avgjørelser. Å møte pasienten der hvor han/hun er i øyeblikket var avgjørende. Noen var klar for å medvirke i avgjørelser både angående seg selv og fellesaktiviteter, mens andre hadde behov for å være mer tilbaketrukket og heller overlate avgjørelsene til andre. Mange opplevde det som utfordrende å snakke på fellesmøter og ta avgjørelser som påvirket en hel pasientgruppe. De følte ofte da at de måtte ta ansvar for å gjennomføre den avgjørelsen, som for eksempel å dra på tur til en strand eller lignende.</p> <p>Fagpersonellet opplevde at noen av brukerne trang støtte og hjelp i en lengre periode, og hovedsakelig fokusere på å vedlikeholde deres livskvalitet, mens andre var kommet lengre og kunne være mer aktive og utfordres mer. Fagpersonellet uttrykket at de måtte motivere hver enkelt bruker der hvor de hadde behov for det. Brukermedvirkning for de sykeste kunne være å få bestemme deres mat, mens andre fokuserte heller på hvor de ønsket å dra på ferie til sommeren. Fagpersonellet opplevde store variasjoner i brukernes ønsker til å delta i beslutningstakingen, og dette kunne også variere for samme bruker over tid.</p> <p>2: Viktigheten med at det følte trygt og fritt for konflikter på dps'ene var noe alle brukerne var enig i. Brukerne sa at de profesjonelle var svært viktige i å skape et miljø hvor alle kan bli hørt. De var positive til brukermedvirkning, og deltakelse i avgjørelser, men understrekte behovet for å ha en "leder". De trang en profesjonell med autoritet som skar igjennom dersom det for eksempel ble for mye diskusjon eller uenighet rundt en avgjørelse som skulle tas i fellesskap. Brukerne har behov for ansvarlig ledelse som kan guide dem og skape trygge omgivelser.</p> <p>Fagpersonellet var enig i at en del av deres jobb var å skape et trygt og godt miljø for brukerne slik at de kunne fremme gode relasjoner og hvor brukerne opplevde at de ble hørt. Dette var viktig da ikke alle brukerne våget å kreve sin rett eller å ytre sin stemme. Det var viktig at de profesjonelle så hele gruppen, og hva</p>

som var til hele gruppens beste. De må tilrettelegge for at alle brukerne skal klare å ha en innflytelse, da dette øker brukernes sosiale kompetanse. Fagpersonene beskrev brukermedvirkning som viktig trening for brukerne for å klare å bygge opp selvtillit og for å klare å takle hverdagslivet. Noen ganger opplevde derimot fagpersonene dilemmaer vedførende å motivere brukerne til å være aktive og deltakende eller å respektere deres avgjørelse til å trekke seg tilbake.

3: De fleste brukerne fremhevet deres behov for støtte samtidig som deres rett til å ha en innflytelse. Tilgjengelig hjelp var viktig. Brukerne ønsket å ha fagfolk rundt seg med god kompetanse som kunne forstå hva som var galt og hvordan ivareta brukerens interesser når de selv ikke var i stand til det, når de følte seg såpass dårlige. Noen få brukere diskuterte brukermedvirkning som et politisk tema og var kritiske i det tilfelle til omorganiseringer og budsjettkutt. De var mistenksomme og undret om det hele handlet om penger. At fagpersonene oppmuntret så sterkt til brukermedvirkning og ansvarliggjøring fordi de selv ikke hadde ressurser til å følge opp brukernes ønsker og behov. De var varsomme i forhold til hvilken vei brukermedvirkningen skulle utvikle seg. De fryktet at de skulle få mindre støtte og hjelp, og bli mer overlatt til å ta ansvar for alt på egenhånd.

Fagfolket poengterte viktigheten med en begrepsavklaring. Hva lå i begrepet brukermedvirkning i praksis? Hvordan skulle de legge det frem til brukerne slik at de følte seg trygge på at å delta i beslutninger og ta mer ansvar for egen behandling ikke var ensbetydende med mindre hjelp og støtte. Fagpersonellet var opptatt av at brukermedvirkning ikke bare skulle være et fancy ord.

Studiet konkluderer med at fleksible dps som er mottakelige for brukerens erfaringer og opplevelser kan øke medvirkningen fra brukerne med ulike hjelpebehov. Brukernes erfaringer burde ha innflytelse på hvordan miljøpersonellet jobber og hvordan systemet utvikles. Disse ulike nivåene av brukermedvirkning er like viktige å få utviklet innen distriktpsykiatrien. Studiet påpeker også viktigheten med å få bedre klarhet rundt hva brukermedvirkning betyr i praksis, hvilke kompetanser og kontekster som er nødvendig for å kunne fremme det.

Tittel:	Decision Making in Recovery-oriented Mental Health Care.
Forfattere:	Marianne S. Matthias, Michelle P. Salyers, Angela L. Rollins, Richard M. Frankel
Tidsskrift (årstall):	Psychiatric Rehabilitation Journal – American Psychological Association. (2012)
Perspektiv:	Pasient-sentrert fokus er definert av Mead og Bower som en tilnærming som vurderer sosiale og psykologiske faktorer i hvordan å levere omsorg til en person. En tilnærming som betrakter pasienten som en unik person som tilordner personlig mening til hans eller hennes sykdom og skaper en terapeutisk allianse der pasient og behandler deler både makt og ansvar.
Teoretisk bakgrunn/problem:	<p>Brukermedvirkning blir argumentert for og er en viktig faktor innenfor pasient-sentrert behandling, og relateres direkte til omfordeling av makt og ansvar. Dette anses som særdeles viktig innen for mental helse. Det beskrives fire viktige elementer for å lykkes med brukermedvirkning:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: både pasient og behandler må være involvert</li> <li>2: begge må dele informasjon</li> <li>3: begge må uttrykke behandlingsmål</li> <li>4: og begge må i samhandling bestemme behandlingstiltak og forplikte seg til disse.</li> </ol> <p>Gjennom å dele informasjon og preferanser vil både bruker og behandler få sjansen til å bli kjent med hverandre, bygge tillit og legge til rette for individuell behandling.</p> <p>Jo høyere risiko for bivirkninger eller andre problemer ved en behandling, og jo større grad av usikkerhet relatert til behandlingens suksessrate jo mer brukermedvirkning tenkes å være nødvendig.</p>
Hensikt:	Formålet med dette studien var å undersøke hvordan beslutninger fattes i psykiske helsekonsultasjoner, med særlig interesse for å karakterisere i hvilken grad beslutninger ble delt.
Metode:	<p>Dette studiet velger å bruke direkte observasjon som datainnsamlingsmetode. Forskerne opplever at de slik kan oppnå en førstehåndsførståelse for hvordan avgjørelser blir tatt i konsultasjoner mellom behandler og pasient, og hvorvidt brukermedvirkning er tilstede. Konsultasjonene de har tatt for seg har hovedsakelig handlet om medisiner, som er en viktig del av psykisk helsebehandling.</p> <p>Observasjonene ble utført hos et DPS i en midtvestern by i USA. 4 (3 psykiatere og en sykepleier) behandlere ble observert i deres konsultasjoner. Det ble til sammen observert 40 brukere (10 pr behandler). Konsultasjonene ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Det ble brukt tematisk analyse for å tolke dataene og kode dem. Kodingen ble utført av alle forfatterne. Det ble identifisert 3 hovedtema.</p> <p>Studiet ble etisk godkjent av universitetets "institusjons</p>

	gjennomgangs komite”.
Resultat:	<p>Studiet identifiserte 132 avgjørelser i løpet av de 40 konsultasjonene. Avgjørelsene kan plasseres inn i 3 hovedtemaer:  1: medisinerings avgjørelser  2: brukerens oppfølgingstimer  3: ”annet”</p> <p>Majoriteten av avgjørelsestakingen ble satt igang av behandlerne. Når brukeren innledet avgjørelsestakingen begynte det som oftest med et spørsmål/forespørsel eller en bekymring rundt medisinene. Det var sjeldent at det var direkte uenighet rundt en avgjørelse. Det var mer vanlig med forhandlinger for å treffe en felles avgjørelse. I disse tilfellene var det vanlig å observere at begge deltakerne åpent delte meninger og bekymringer. Forhandlingene oppstod som oftest i sammenheng med diskusjoner rundt medisinering.</p> <p>Det ble observert at dersom en bruker ikke ønsket å endre på medisiner (for å prøve en som kunne hjulpet bedre) så ga behandleren seg og lot brukeren bestemme. I de 2/3 av tilfellene derimot ville brukeren føye seg etter behandlerens anbefalinger. Den siste tredjedelen ble enten brukerens avgjørelse den bestemmende, eller så kom de ikke fram til noen avgjørelse.</p> <p>Avgjørelser rundt brukerens oppfølging ble hovedsakelig tatt av behandler. Der oppstod det svært lite diskusjon eller uenighet, og brukerne tok imot neste time uten innblanding. Noen få ganger ble brukeren spurt av behandler når de ønsket å komme tilbake.</p> <p>Avgjørelsene som falt i temaet ”annet” handlet for eksempel om basale ting som pasientens vekt, blodtrykk og eventuelle blodprøver. Andre ting som tilbud om AA , gruppeterapi, sosionomavtaler falt inn under dette temaet. Til tross for variasjonene i avgjørelsene innenfor dette temaet ble prosessen oftest igangsatt av behandleren, og over halvparten av gangene ble avgjørelsen tatt av behandler.</p> <p>Det ble altså observert at behandlerne igangsatte de fleste avgjørelsesprosessene og tok de fleste avgjørelsene. Brukerne ble invitert inn i prosessen, og da ble det observert en utveksling av meninger og preferanser. Det ble sjeldent observert utveksling av informasjon om ulike behandlingstilbud og mulige behandling utfall. Det ble ikke observert en fullverdig brukermedvirkning ut i fra de 4 elementene nevnt ovenfor, men det ble observert et pasient-sentrert fokus i konsultasjonene. Den største graden av brukermedvirkning ble observert rundt temaet medisineringsavgjørelser.</p> <p>Avgjørelsesprosessen ble annerledes når den ble igangsatt fra brukerens side. Disse diskusjonene var ofte fylt med mer uenighet,</p>

men samtidig preget av mer brukerinvolvering som medvirket til at brukerens avgjørelser ble basert på en større informasjons- og kunnskapsutveksling.

Studiets begrensninger var at de kun observerte 1t pr bruker, og dermed ikke fikk et helhetlig bilde av hvordan samhandlingen var mellom behandler og den bestemte brukeren. Om hvorvidt det kun var i den timen at behandler/bruker tok avgjørelser. Videre begrensninger var at de hadde valgt et DPS som baserte seg på ACT-modellen, og dermed var "pasienten i fokus" sammenlignet med andre som ikke fulgte samme behandlingsmodell.



Tittel:	Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter.
Forfattere:	Vår Mathisen, Aud Obstfelder, Geir Lorem og Per Måseide.
Tidsskrift (årstall):	Nordisk tidsskrift for Helseforskning. (2015)
Perspektiv:	Interaksjonistisk perspektiv på profesjonelt arbeid
Teoretisk bakgrunn/problem:	Brukermedvirkning står sentralt innen psykisk helsevern i den vestlige delen av verden. I Norge har brukermedvirkning blitt nedfelt i de norske lovene. Brukermedvirkning fratar derimot ikke fagpersonell deres faglige ansvar på tjenestene de tilbyr, men gir brukere og pårørende rett til på informasjon og å bli inkludert i avgjørelser som omhandler deres behandling. Det etterspørs mer kunnskap om hvordan brukermedvirkning skal praktiseres innen psykiatriens forutsetninger, og hvordan å myndiggjøre personer med store og langvarige hjelpebehov.
Hensikt:	Hensikten er å øke kunnskapen om brukermedvirkning i psykisk helsevern ved å trekke frem situasjoner og dilemmaer fra arbeidspraksis. Fokuset er på fagpersoners praktisering av brukermedvirkning i forhold til pasientene. Det rettes et kritisk blikk på hvordan brukermedvirkning faktisk blir praktisert og hvilke ulemper/fordeler dette medfører seg i praksis.
Metode:	Metodene som er brukt er feltobservasjoner, individuelle intervjuer med 12 fagpersoner og ett fokusgruppeintervju. Det ble hentet inn data fra 3 distriktpsykiatriske sentere, som til sammen satte førsteforfatter i kontakt med 69 fagpersoner og 25 pasienter. Pasientene som ble observert var hovedsakelig frivillig innlagt, og en stor andel av diagnosen var suicidalitet. NSD har godkjent studiet, det ble gitt skriftlig samtykke fra fagpersonene og alle pasientene fikk et eget informasjonskriv og samtykkeerklæring. Alle navn i artikkelen er fiktive for å ivareta anonymiteten til deltakerne.
Resultat:	<p>Studiet viser at fagpersonalet jobber med pasienter som trenger hjelp til å bli involvert både i avdelingens aktiviteter og i sin egen behandling. Det er særlig 3 utfordringer som fagpersonell møter i sin arbeidshverdag relatert til brukermedvirkning, og det er :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: mangel på engasjement hos pasientene.</li> <li>2: balansering mellom individuelle og kollektive hensyn.</li> <li>3: konstant pågående press.</li> </ol> <p>Resultatene i studiet viser at brukermedvirkning i miljøterapi kan komme konkret til uttrykk i situasjoner hvor pasienter enten inviteres til eller at de selv krever å få medvirke. Fagpersonalet opplevde det vanskelig å presse pasientene til miljøterapeutiske aktiviteter når gjerne det var ro og hvile som var til deres beste. Forventningene til fagpersonalet om å imøtekomme pasientenes individuelle ønsker og behov, samt avdelingens forventninger til aktiviteter gjorde at dem opplevde å presse pasientene lengre enn de selv ønsket, og dermed undergravde pasientenes innsikt og sykdomskompetanse.</p>

Fagpersonalet ble satt i krysspress ift alle forventningene :

- forventning om praktisering av profesjonell yrkes et
- moralske forventninger ovenfor enkeltpasienter
- institusjonelle forventninger om behandlingseffektivitet
- forventninger om miljøterapi
- økonomiske forventninger (mangel på ekstravakter ved sykdom).

Krysspresset som disse forventningene skaper paradokser for fagpersonalet når lojaliteten og arbeidet rettes mot forventningene og behandlingseffektivitet, fremfor reell brukermidvirkning for pasientene. Fagpersonene blir satt i en tvangssituasjon hvor de må overtale og presse pasienter til deltakelse, tross ubehaget dette skaper. Brukermidvirkningen blir da redusert til spørsmål om "hva pålegg ønsker du på skivene dine"!

Konklusjonen blir at praktisering av brukermidvirkning er krevende med så mange arbeidsoppgaver og forventninger involvert. Å få pasienter med store og omfattende hjelpebehov til å være deltakende kan være en langvarig prosess, som trues av effektivisering og kort liggetid. De institusjonelle rammene for praktisering av brukermidvirkning gjennom miljøterapeutiske aktiviteter fremstår som ikke ferdig utviklet. Det fremkommer ikke i myndighetenes retningslinjer og dokumenter at brukermidvirkning kan være så krevende.

Tittel:	Refleksjon over praksis i lys av empowerment – en fokusgruppeundersøkelse.
Forfattere:	Sidsel Tveiten, Ragnhild Flittie Onstad og Magne Haukland
Tidsskrift (årstall):	Nordic Journal of Nursing Research (2015)
Perspektiv:	<p>- Martinsens teorier om asymmetriske relasjoner. Fagpersoner kan bruke sin makt i kraft av kunnskaper til å tjene pasientens beste (svak paternalisme). Asymmetriske relasjoner preges av likeverd og gjensidig anerkjennelse. Den som har makt kan aktivt bruke sin posisjon til å øke den andres deltakelse.</p> <p>- Foucault fokuserte på hvordan makt kom til uttrykk. Han beskriver ulike former for makt som for eksempel disiplinering og pastoralmakt. Disiplinering søker å gjøre individet lydige, nyttige og effektive. Pastoralmakt produserer selvbekjennende individer, som søker sannheten om seg selv ved å bekjenne over seg selv og andre. Foucault karakteriserer makten til helsepersonell som pastoralmakt, da det er deres oppgave å gi pasienter nødvendig kunnskap for å treffe selvstendige riktige gode valg. Kunnskap er alltid makt!</p>
Teoretisk bakgrunn/problem:	<p>Empowerment forutsetter maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientenes kompetanse på seg selv. Medvirkning forutsetter i stor grad maktfordeling, og empowerment kan dermed forstås som en prosess der individets eller gruppens kapasitet til å foreta valg og transformere valgene til ønskede handlinger og mål styrkes. WHO mener at empowerment innen psykisk helsearbeid er en utfordring, og dersom medvirkning ikke blir godt nok ivarettatt vil hjelpsløsheten til brukerne innen psykisk helsearbeid forsterkes. Brukermedvirkning er en forutsetning for empowerment, og essensielt for den enkeltes brukers terapeutiske bedringsprosess. Terapeutisk brukermedvirkning handler om å oppnå et mer aktivt forhold ift egen sykdom, lidelse og behandling, som igjen kan styrke selvspekt og mestringsevne.</p> <p>Medvirkning er nedfelt som en rettighet i norske lover og offentlig dokumenter som omhandler helse og sosialtjenesten.</p>
Hensikt:	Studiets hensikt er å fremskaffe kunnskaper om fagpersoners meninger om og erfaringer med å praktisere empowerment. Problemstillingen er "Hva er fagpersonenes meninger om og erfaringer med å praktisere empowerment?"
Metode:	Studiets design er eksplorative/undersøkende. Det har blitt utført fokusgruppeintervjuer i datainnsamlingen. Hermeneutiske prinsipper (førforståelse-forståelse, delhet, kontekst og historie) er brukt i analysen av meningsinnholdet i dataen. Arenaen for studiet var to DPS i Norge. Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for den egner seg til å skaffe kunnskap om fagpersoners meninger og erfaringer. Interaksjonen mellom deltakerne i gruppeintervjuet og diskusjonene som oppstår generer andre data enn individuelle intervjuer. Denne diskusjonen kunne bidra til bredde i meninger og erfaringer som kunne tre frem.

	<p>Det ble gjennomført 2 fokusgruppeintervju med to grupper. Første gruppe bestod av 7 fagpersoner og den andre gruppen bestod av 6 fagpersoner. Inklusjonskriteriene var frivillighet, tverrfaglighet og minst 1 års erfaring fra psykisk helsearbeid. Førsteforfatter var fasilitator, mens andreforfatter assisterte og tok notater underveis. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert. Det ble brukt en intervjuguide.</p> <p>Den transkriberte teksten ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, og ble delt opp i meningsfulle enheter. Deretter ble teksten kondensert inn i 5 undertema. Etter at alle forfatterne hadde sammenliknet og parallelt abstrahert undertemaene kom de til enighet om 2 hovedtema.</p> <p>Studiet er godkjent av NSD og er i tråd med Helsinkideklarasjonen. Alle deltakerne ble muntlig informert av førsteforfatter og ga skriftlig samtykke. Anonymitet ble garantert, og de kunne trekke seg fra studiet når som helst uten å oppgi grunn.</p> <p>Studiets begrensninger er at de kun brukte 2 fokusgrupper, med to intervjurunder. Dette ga lite datagrunnlag, men forfatterne av studiet opplever likevel at resultatene er troverdige og overførbare til liknende kontekster. At informantene kjente hverandre mente forfatterne styrket validiteten, da de hadde kunnskap om hverandres uttrykksformer og synspunkter. Et obs var at kjennskap til hverandre kunne skape hierarkiske strukturer som kunne hemme reliabiliteten.</p>
Resultat:	<p>Studiets analyse deduserte to hovedtema:</p> <p>1: Systemrelatert legitimering av handlinger.  A: regler  B: organisering av den psykiatriske helsetjenesten.</p> <p>2: Faglig relatert legitimering av handlinger.  A: kunnskap om pasienten  B: holdninger.</p> <p>1: Hvordan systemet brukes som begrunnelse for mulighet for empowerment for pasientene. Med systemet menes rammene som pasientene må forholde seg til.</p> <p>A: Regler og rutiner som pasientene måtte forholde seg til var for eksempel låste dører, besøktider, låst kjøkken, og normer for innhold i samtaler i dagligstuen (ingen sykdomssnakk). Informantene beskrev disse reglene som nødvendige for å kunne drive en institusjon, og at fast struktur og forutsigbarhet var nødvendig for å skape trygghet for eksempel ved psykose. Informantene mente likevel at reglene var fremkommet på personalets premisser, og deres vurderinger av hva som var til</p>

pasientenes beste. Pasientene hadde liten innflytelse på beslutningsprosesser på systemnivå.

B: Informantene mente at flere forhold vedrørende organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten påvirket mulighetene for empowerment. De opplevde seg styrt av rammene, og rammebetingelser som kort behandlingstid og tidspress. Det var lite slingsringsmonn. Pasientene var ofte også dårligere ved innleggelse og personalet måtte rekke mer på kortere tid. Pasientene var ofte ikke ferdigbehandlet og ikke friske nok før utskrivelse. Informantene opplevde heller ikke at oppfølgingen ute i kommunene var god nok, og at de ofte ikke hadde gode nok tilbud og var lite forberedt. Dette medførte ofte at pasientene ble fortært reinnlagt. Informantene beskriver at systemet er endret og at det ikke lengre er noe for- eller ettervern. Informantene ga uttrykk for behov for omorganiseringer i psykiatritjenesten. Lite bemanning, mange deltidsansatte og ombemanning var forhold som påvirket organiseringen av psykiatritjenesten og rammene for empowermenttenkningen og pasientsamhandlingen.

2: Dette hovedtemaet omhandler hvordan behandlingen legitimeres faglig.

A: Kunnskap om pasientene mente informantene var viktig. Å vite hvilke behov, ønsker og mål pasientene hadde og hvilken kompetanse, mestringssevne og relevante sårbarhetsfaktorer de innehadde var viktig for å best mulig kunne tilrettelegge og involvere pasientene. Kunnskap om diagnoser og behandling var også viktig ift tilrettelegging av medvirkning. Pasientens egne kunnskaper og det å være ekspert på seg selv ble tatt hensyn til, selv om det til tider var uklart for informantene hva det innebar å være ekspert på seg selv. Informantene hadde også ulikt syn på hva medbestemmelse og medvirkning var, om det var å få si sin mening eller at det ble jobbet utifra pasientenes mål og ønsker?

B: Analysen av diskusjonene viste at det var vanskelig å konkretisere hva som var gode holdninger. Informantene brukte ofte begrepet respekt, både som uttrykk for nettopp respekt, og som legitimering av personalets makt og innflytelse. Informantenes selvforståelse syntes å være at de hadde gode holdninger og god relasjonskompetanse. Informantene opplevde at det var viktig at selv om de av og til måtte bestemme ovenfor pasienten, så gjorde de det med respekt for pasienten, og ikke overkjørte dem. Informantene mente at man måtte ikke alltid være enig med pasientene, men da måtte man være ærlige og heller forklare hvorfor man var av en annen oppfatning. Da kunne pasienten føle seg trygg på hvem helsepersonalet var og den tryggheten og gjensidige respekten ville skape en god allianse.

Studiet viser at informantene anser det som viktig å ha regler og struktur, men at dem må være hensiktsmessige for driften av avdelingen ift å skape orden og forutsigbarhet for pasientene. Tydelige rammer skaper trygghet og kan dempe symptomer, men samtidig må en være obs på at rammene ikke skaper krenkelse og retraumatisering. Det ble uttrykket at pasientene tidligere hadde mer innflytelse på reglene og rutinene, men at fokus nå er heller mer innflytelse på sin egen behandling. "Pasientenes beste" ble brukt som legitimering av reglene og rutinene, og man kan stille spørsmål om reglene og rutinene var legitimert ut i fra personalets behov for oversikt og forutsigbarhet. Flere av informantene mente selv at de kunne bli flinkere med å informere pasientene om rutinene og reglene, for å ivareta prinsippene til empowermentttenkning om at pasienten involveres gjennom dialog. Informasjonen hadde da intensjon om å hjelpe pasienten til å føle seg "empowered".

Studiet viser videre at rammebetingelser som kortere behandlingstid, dårligere pasienter, mangelfull oppfølging i kommunen, ingen for/ettervern, dårlig bemanning og mange deltidsstillinger påvirker mulighetene fagpersonalet har for å realisere empowermentprinsippene. Pasientens empowermentprosess og samhandling med fagpersonal påvirkes av systemet som samhandlingen foregår innenfor. Medvirkning krever forankring i ledelsen, og det må sikres at det gjenfinnes i systemet og rutinene, ellers kan medvirkning og empowerment lett bli "fine ord og visjoner". For å kunne implementere empowermentttenkning og brukermedvirkning er det viktig å kjenne til faktorer i systemet som hindrer.

Funnene i studiene viser at å ha kunnskap om pasienten bidrar til økt selvstendighet og livskvalitet. Institusjoner må kunne forsvare sin berettigelse ut fra faglig fundering og begrunne sin virksomhet ut fra faglige og etiske vurderinger. Studiet viser et spenn i argumentasjonen fra informantene ut fra deres faglige legitimering. Dette tolkes av forfatterne at informantene i større grad bruker faglig legitimering som et behov for å rettferdiggjøre sine handlinger. Informantene gav uttrykk for å ha genuin interesse for pasientene og at avgjørelser i avdelingen tas basert på faglig skjønn. Fagpersonenes vurderinger var basert på pasientenes sykdom, deres beslutningskompetanse og evne til å nå sine mål. Empowerment baseres på gjensidig respekt for hverandres kunnskaper og kompetanse, hvor den ene er faglig ekspert og den andre er ekspert på seg selv. Mye tyder likevel på at faglig myndighet og ekspertise har stor kraft og betydning når det råder uenighet med pasientene. Medvirkning innebærer at pasientene tar eierskap i det han/hun medvirker i. Pasienten forplikter seg overfor mål og tiltak som man sammen har blitt

	<p>enige om, dette gir pasienten medansvar. Pastoralmakten kommer til kjenne der at pasienten må erkjenne at han ikke har maktet å ta ansvar eller gjennomført sine forpliktelser, og disiplinering innebærer at pasienten får "goder" når han/hun har respondert riktig på fagpersonenes forventninger.</p> <p>Informantene beskrev viktigheten med gode holdninger, og begrepet respekt ble ofte brukt. Å beskrive hva som var gode holdninger og hva som var respekt var ikke ukomplisert. Handlinger og holdninger som fagpersonene opplevde som gode, ble ikke nødvendigvis opplevd slik fra pasientenes perspektiv. Viktigheten med å anerkjenne pasientenes ståsted og verdier ble ansett som respektfullt.</p> <p>Studiet konkluderer med at empowerment i praksis er lettere sagt enn gjort. Kompleksiteten handler blant annet om at fagpersonene skal praktisere brukermedvirkning i skjæringspunktene mellom fagkunnskap, system og organisatoriske begrensninger og pasientenes behov. Det etterlyses mer forskning i forhold til praktisering av empowerment, både fra fagpersoner og pasienters perspektiv.</p>

Tittel:	Selvpsykologiske tilnæringer til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – en kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere.
Forfattere:	Kjellaug K. Myklebust, Stål Bjørkely,
Tidsskrift (årstall):	Vård i Norden/ Nordic Journal of Nursing Research & Clinical studies (2011)
Perspektiv:	Selvpsykologi – psykodynamisk retning som sterkt fremhever betydningen av likeverdige relasjoner for å skape vekst og mening hos brukerne. Dialogen er sentral og selvpsykologien har en systemisk perspektiv som forutsetter en maktbalanse og likeverdighet.
Teoretisk bakgrunn/problem:	Brukermedvirkning i psykisk helsevern har vært viet mye oppmerksomhet fra brukerorganisasjoner, helsemyndighetene og fagmiljøer. Flere studier viser at brukere opplever manglende brukermedvirkning og det reises stadig kritikk til helsepersonels paternalistiske holdninger. Brukermedvirkning har mye til felles med empowerment, som i en hjelperelasjon vil handle om prosessene som har til hensikt å øke brukerens medvirkning og kontroll i eget liv. På tross av stort fokus på brukermedvirkning og empowerment er det skrevet lite om hvordan dette skal oppnås i praksis i hjelperelasjonen.
Hensikt:	Studiet ønsker å undersøke om en selvpsykologisk forståelse kan bidra til å skape mening som på sikt kan bidra til forbedret praksis i kompliserte brukermedvirkningsrelasjoner. Studiet ønsker å generere praksisbasert kunnskap som kan bidra til å bedre brukermedvirkningen i hjelperelasjonene, og derfor settes søkelyset i studiet på tilnæringsmetoder i forhold til meningsskaping og samspill i utfordrende relasjoner.
Metode:	<p>Studiet bruker Kvaales fenomenologisk-hermeneutiske metode, som innefatter intervju som datainnsamlingsmetode. Analysen foregår i 3 steg</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: meningen slik en oppfatter at informanten forstår det</li> <li>2: Kritisk forståelse av det informanten sa</li> <li>3: Teoretisk fortolkningsramme – selvpsykologi</li> </ol> <p>Denne metoden ansees som velegnet til å hente inn erfaringer og fortolke dem.</p> <p>To kommuner ble kontaktet, og det ble sendt ut skriftlig informasjon til helsepersonellet som tilfredsstilte inklusjonskriteriene; helsepersonell med videreutdanning innen psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleie, og må jobbe i direkte kontakt med pasientene. Det ble utført dybdeintervju med 7 personer. Disse 7 personene ble på forhånd tilsendt vignetter, som et hjelpemiddel for å hente frem erfaringer og refleksjoner om brukermedvirkning. I intervjuet ble det stilt åpne spørsmål ut i fra vignettene. Intervjuene ble tatt opp elektronisk og transkribert.</p> <p>Transkriptene ble gjennomgått og samlet inn i 5-6</p>



	<p>hovedkategorier. Informantenes forståelse av brukeren og relasjonen, og hvordan de tilnærmet seg dette ble diskutert opp mot en selvpsykologisk forståelse og tilnærming.</p> <p>Studiet er godkjent av NSD, og alle deltakerne deltok frivillig og deres anonymitet ble ivaretatt ved at samtykkeerklæringen ble retunert til førsteforfatter fremfor kontaktperson i kommunen/arbeidsplassen.</p>
Resultat:	<p>Helsepersonellet opplever at de vektlegger brukerens mål, og at dem er fleksible og prøver å skape gode relasjoner. De understreker viktigheten med å sette felles mål sammen med brukerne, men dersom brukeren ikke var i en mental tilstand hvor dette var mulig var det viktig at helsepersonellet hadde evnen til å omstille seg raskt og vente til brukeren var klar for handling. Å imøtekomme ønskene om praktisk bistand var viktig for helsepersonellet.</p> <p>Videre viste studiet at selv om helsepersonellet ønsket å tilrettelegge for brukermedvirkning var dette i praksis vanskelig å få til. Helsepersonellets fleksibilitet kunne bli utfordret av brukerens kompromissløshet og som forlangte en annen hjelp enn hva som var faglig forsvarlig. Brukerne kunne ofte true med å avslutte hjelperelasjonen om deres ønsker ikke ble innfridd. Helsepersonellet ble ofte satt i en "enten-eller" situasjon hos de mest utfordrende brukerne. Dilemmaet ble dermed om helsepersonellet skulle innfri brukernes ønsker og gå på akkord med deres faglighet. Helsepersonellet uttrykket ubehag ved begge tilfellene, hvor de innfridde ønskene eller motstritte seg dem.</p> <p>Helsepersonellet beskrev lange løp hvor de hadde forsøkt å finne brukerens motivasjon og mål, og dersom det ikke lot seg gjøre måtte ofte helsepersonellet senke sine egne ambisjoner for hjelpen de kunne tilby. Helsepersonellet opplevde at dette sjeldent var helsefremmende for brukerne, men at de bare måtte godta det.</p> <p>Med en selvpsykologisk tilnærming vil man ha mindre fokus på å sette mål, men å heller inntone seg til brukeren slik at han/hun kan komme i kontakt med sine egne følelser, og gjerne dermed finne ut hvorfor det er manglende mål og motivasjon – meningsløshet? Med en selvpsykologisk tilnærming kan helsepersonellet konstant søke etter brukerens følelser i situasjonene, slik at brukerne opplever å føle seg forstått og møtt. I konfliktfylte relasjoner er det viktig gjennom en selvpsykologisk tilnærming å innta en speilende posisjon, slik at brukerne opplever å bli anerkjent, selvavgrenset, verdsatt og forstått, og helsepersonellet kan stille seg spørrende til brukerens følelser.</p> <p>Helsepersonellet som deltok i studiet beskriver utfordringen med</p>

	<p>brukermedvirkning ligger i å gi brukeren innflytelse og samtidig kunne tilføre ny mening gjennom egen fagkunnskap. Det etterlyses en mer integrert opplæring i brukerperspektiv og metoder for å oppnå brukermedvirkning i utfordrende relasjoner.</p>
--	---

## Vedlegg 7: Matrise helsepersonell perspektiv.

### Matrise for helsepersonellperspektivet.

Tolknings-nivåer	V. Mathisen 2015	S. Tveiten 2014	K.K. Myklebust 2011	M.S. Matthias 2012	T.A. Elstad 2009	Min tolkning
<b>Førsteordens begreper – utsagn fra deltakerne i primær-studiene</b>	<p>1. " Presset til å engasjere seg i hverdagen" "Hva er det jeg holder på med? Det tenker jeg mange ganger på. Dette er jo ikke brukermedvirkning! Men det er jo en daglig utfordring at pasientene ikke vil noen ting. Ingenting! Så da må vi jo dytte og dra. Det føles nesten som vi tvinger noen til å gjøre noe, hele dagen lang..." "På denne avdelingen forsøker vi sammen med pasientene å få de mest basale aktivitetene på plass, som å stå opp om morgenen, ta en dusj, spise måltider, pusse tennene. For realiteten er faktisk slik, at hadde pasientene blitt gitt muligheten, så hadde de fleste ligget i senga hele dagen."</p>	<p>1. A) "hvis en skal sidestille pasient og behandler, synes jeg det blir vanskelig å drive en institusjon. Det må være noen lover og relger i bunn som vi skal drive etter." "Personalet har landet på noen regler og rutiner som de synes er gode og som pasientene kan føle seg trygge i forhold. Vi bruker derfor ikke mye energi nå på at pasientene skal medvirke i forhold til regler og rutiner, men bruker heller energi på at pasientene får god behandling og at de man medvirke i egen behandling." B) " Jeg føler tidspresset gjør noe med både pasientene</p>	<p>1. " Jeg jobber ut i fra brukerens målsetting." " Jeg prøver å være fleksibel og imøtekommende." "Jeg forsøker å få til en god relasjon." 2. "Han vil ikke ha mål. Han vil bare ha det slik." "De kan mangle innsikt og ta uforsvarlige valg." "Jeg følte det var my way or no way fra brukerens side." "Så lenge jeg koseprater med henne er det greit, men er jeg uenig... får jeg ikke komme igjen." 3. " Jeg senker egne ambisjoner og lar brukeren bestemme." "Jeg må bare godta at det er slik." "Jeg strekker meg langt." "Det kan bli ansvarsfraskrivelse, jeg</p>	<p>1. Provider: " How are you feeling about that change we made in your medicine? You okay with leaving all the doses and the medicines the same way, but just taking them later like this? I would also start you... on a little bit of (medication) just to see if that doesn't help with the shakiness in your hands and maybe some of that muscle stiffness in your back." Consumer: "I'll do whatever you want to do.. If you want to keep the (medication)as our main medicine, we could try it for some more months." Consumer: " I wonder if you would add</p>	<p>1. "yes we have participation from users here, for example through the house meetings... But it is often difficult to get people to participate as representatives. I think social anxiety may be what stops many..." " ... we shall motivate for that, too, but each person has to do this their own way". "The most important question is how they manage to have an influence on their own life situation." "... but user participation can also be little things, like deciding what to have on the menu, or where this year's summer trip shall go to." 2. "Someone has to see the whole group at the same time, what it is</p>	<p><b>Fagpersonell slites mellom ønsket å motivere pasient til brukermedvirkning og ansvarliggjøring, og føler at de tvinger pasientene i aktivitet. Å ha fokus på hele pasientgruppen må også prioriteres foran enkeltindividers særegne behov.</b></p>

	<p>2. "Pasienten sier hun ikke vil være med å spille stikkball ute. Personalet som er tilstede ser oppgitt ut, og sier at dette ble jo bestemt på mandag. En av de andre pasientene bryter inn og sier at han vil heller ikke spille stikkball. Personalet ser spørrende på gruppen av pasienter fremfor seg. De nøler, og enda en pasient bryter inn. Hun sier at det var "Benny" (navn på en pasient) som sa de skulle spille stikkball." (feltnotat) – siden aktiviteten allerede var planlagt ble den gjennomført. Hensynet til fellesskapet ble prioritert fremfor på vegne av den enkelte.</p> <p>3. "Roger, som er terapeut, henvender seg til pasientene på stua og sier at i morgen er det tirsdag og da skal alle på tur! Pasientenes respons er negativ. "Tirsdag er turdag, dette blir bra!"... "Vi skal lage osthorn, og kan varme dem på bålet"... "Det er</p>	<p>og personalet. Før fikk pasientene være her lengre, og da følte jeg at de var mer tilfredsstilte når de dro. Alt går mye fortere nå. Vi skal rekke mer på kortere tid. Vi har også dårligere pasienter. Man har veldig ofte følelsen av å gjøre en uferdig jobb. Kanskje vi vil for mye for fort? De er jo her bare 3-4 uker. Siste uka går de ofte bare og gruer seg til de skal hjem. De får ikke tid til å medvirke."</p> <p>"Pasientene skal raskere ut. Og så har det ikke skjedd noe videre i systemet... kommunene som ikke har noe tilbud. Derfor kommer pasientene fort inn igjen. Det blir en ond sirkel."</p> <p>"Nå begynner først å bli kjent når pasienten kommer inn. Tidligere med forvern kjente vi dem liksom litt fra før. Nå går vi glipp av veldig mye. Vi hører ikke lenger så mye på pasientens stemme,</p>	<p>må gripe inn."</p> <p>"Tilslutt satte jeg foten ned, jeg var så sliten."</p>	<p>(medication) to my morning meds. You used to do that."</p> <p>Provider: " A, we have tried that earlier, and B, it+s not like it will help any because what really matters with drugs like (medication) is that you get it all in you every day. So you've been getting 40mg every day. So just changing it around, taking part of it in the morgning and part of it in the night is unlikely to make a difference."</p> <p>Consumer: " I'm just having a little more stress than i normally do..."</p> <p>Consumer: " Well we can try if you want to see if it helps."</p> <p>2. Provider: " How many weeks?"</p> <p>Consumer: " Probably... I would say about three weeks, just in case."</p> <p>Provider: " Yeah. You may need some support through all this."</p>	<p>that benefits the whole group... We have to organize so that most users shall be able to have an influence. This is part of enhancing the users' social competence, and this is the reason for us being here, - helping them feel competent to participate in the world."</p> <p>" On one hand we tell the service users that this is a service free from obligations and you do not have to be actively engaged if you do not wish to... take your own time. Bu ton the other hand we want active participants and we spend a lot of time every day motivating and putting pressure on people..."</p> <p>3. " I want us to be able to define what user participation means in practice here at these centres. If we cannot do that, then i think we should stop using the word."</p> <p>" For me it is enough to think back to the time</p>	
--	--	---	---	--	---	--

	<p>sikkert noen som vil bake... ikke sant?" Det blir et stille minutt over kaffekoppene... En annen pasient bryter av Roger "Jeg vil i hvert fall ikke sitte i midten av bilen"... Pasientene diskuterer dette seg imellom... "Jeg kan kanskje sitte i midten, men jeg vil at vi skal ha med kaffe på turen." "Kanskje kakao?" spør en pasient. (feltnotat) – forhandlinger med pasientene var krevende situasjoner og på grensen til overtaling.</p>	<p>men nå blir det litt mer tredd nedover hodet på dem."</p> <p>2. A) " ... betyr det at jeg skal sette meg ned og høre på pasienten hva han sier... jeg vil da ha gode begrunnelser for det faglige opplegget og mine faglige tanker... For at vi skal ha et faglig godt tilbud."</p> <p>B) " Selv om vi kanskje går inn og bestemmer av og til, så gjør vi det jo med respekt for pasientene – vi overkjører dem ikke på noe vis." "... jeg tenker at jeg legger vekt på å få kontakt med pasienten, slik at han/hun blir trygg på meg. Og lytte, aktiv lytting. Og det å skape en allianse, det vil si slik at pasienten kan føle seg trygg på at jeg er den jeg er. Også i en sånn gjensidig respekt." "man trenger ikke være enig, men det er</p>		<p>Consumer: "Yeah, just... you know, even just to see your face, it might help me you know." Provider: " (laughing) All right, i will see you in three weeks."</p> <p>3. Provider: " I may have mentioned this to you before. We might want to look at... if this has been going on for, like your wife has been saying, for years, you might be benefitted by having what's called a sleep study." Consumer: " yeah" Provider: " And just, long story short, it's where you go in an evening and they, they hook you to, it's called an EEG machine..." Consumer: " Yeah" Provider: " so that might be something we need to look at because like i said before, you're on a goodly amount of meds that should probably for most o fus be putting us</p>	<p>when patients did not even have an influence on what to have on their sandwiches."</p>	
--	---	--	--	---	---	--

		viktig å være ærlig, og heller forklare hvorfor man har andre meninger."		horizontal." Consumer: "yeah".		
<b>Andreordens begreper</b> – hovedfunn fra primærstudiene som allerede er publisert = våre data.	3 forhold som vanskeliggjorde inklusjon av pasienter: 1. manglende engasjement 2. balansering mellom individuelle og kollektive hensyn 3. konstant pågående press	1. Systemrelatert legitimering av handlinger: A) regler og rutiner i avdelingen B) organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten.  2. Faglig relatert legitimering av handlinger: A) Kunnskap om pasienten B) Holdninger	1. Grunn-tilnærminger hos hjelper 2. Utfordrende brukerresponser 3. Tilnærminger til de utfordrende brukerresponsene.	Decisions fell into 3 domains: 1. medication decisions 2. the consumer's follow-up appointment 3. "other"	1. User participation – experiences and preferences 2. an environment that promotes user participation 3. professional help, responsibility and user participation.	<b>Vanskelig balanse mellom brukermedvirkning i miljøterapi og helt individuell og tilrettelagt brukermedvirkning i behandling, uten at det skal gå utover fagligheten.</b>
<b>Tredjeordens begreper</b> – min sammenfatning, fortolkning og syntese av førsteordens og andreordens begrepene.	Brukermedvirkning er vanskelig å få til ved manglende engasjement i eget liv hos pasientene. Brukermedvirkning må ikke gå på bekostning av miljøterapeutiske tiltak. Fagpersonell presses av ulike forventninger, fra system til individnivå. "Frivillig tvang" blir dilemma.	Personal har behov for regler og rutiner i en avdeling, men obs dette ikke blir fastgrodd rutiner som går utover pasientbehandlingen. Personal opplever tidspress og mangelfull oppfølging etter utskrivelse som påkjønning, pasientene blir sykere og liggetiden kortere. Vanskelig å tilrettelegge for	Dersom fagpersonell har en psykodynamisk (selvpsykologisk) tilnærming til pasientene kan de lettere komme i posisjon til å se personen bak atferden, og sammen med pasienten undre seg over manglende mål og motivasjon osv. Viktig å finne en balanse mellom å la pasienten bestemme og beholde en faglig forsvarlighet.	Behandlerne har stor makt med sin kunnskap og pasientene går ofte med på deres anbefalinger. Behandlerne er pasient fokusert, men behandlerne opplever mer brukermedvirkning fra pasienten når de har et ønske eller behov.	De profesjonelle erfarer at pasientene deltar, i varierende grad. Fremhever at brukermedvirkning også gjelder de små valgene. De profesjonelle må ta hensyn til det kollektive miljøet og ikke bare individuelle pasienter. Viktig at fagfolk har kunnskap om brukermedvirkning og hvordan legge til rette for det!	<b>Det kreves mer kunnskap om hvordan å best mulig implementere brukermedvirkning inn miljøterapeutiske enheter.</b>

		brukermedvirkning da. Viktig å kjenne pasienten og inneha gode holdninger slik at tillit og respekt gror, då er det lettere å motivere pas til å involvere seg.				
--	--	---	--	--	--	--

## Vedlegg 8: Matrise pasient perspektiv.

### Matrise for pasientperspektivet.

Tolknings-nivåer	S.L. Connor 2006	A.C. Grundy 2016	R.K. Klausen 2016	M.S. Matthias 2012	T.A. Elstad 2009	Min tolkning
<b>Førsteordens begreper</b> – utsagn fra deltakerne i primærstudiene	<p>1. Terminology – schizophrenic vs service user. "having a term you are happy with, even when you have got it, there is still stigma." "Mental health is better than psychiatric". "... the way mental illness is depicted in the press... was a contributor to stigma." "Manic depression or schizophrenia are even perceived to be killers."</p> <p>2. "... very important to see the person behind the mental health difficulty." "Unless there is a relationship there, there cannot be any healing". "See the whole person..." "We are not all the</p>	<p>Procedural elements: 1. "Good user involvement is being listened to every step of the way really and being taken seriously about suggestions and issues from the very start." "If somebody was actually there going through a care plan and ... really taking me seriously in terms of what i do the obviously... i would start to respond in a different way and feel differently about the person doing the review."  2. "Many care plans, they're disgraceful. They're all about what the provider feels you need, not the user." "The involvement is the important thing, isn't it? It's about the</p>	<p>1. "I felt i had to nag to get... No it's not supposed to be like that, that you feel you have to walk around and nag to get people to... But it became better... They decided the treatment... and the user; it was like you could say your opinion, and you sort of... I felt it was a good treatment. I was a part of making the decisions. I LIKED THAT A LOT. No it's very important that you are both... both seen and heard." " The first time i went to the doctor. Meds, i got some meds; I don't remember which ones... It was a male doctor. Yes and when he heard, how, how, how i was – he pointed one of his</p>	<p>1. Provider: "Well, we had talked about (medication) as a possible option to take at night, but as you know, that would involve blood draws every week" Consumer: "uh-huh." Provider: " And, of course, my ulterior motive is that i think might help some of those other symptoms you have of schizophrenia. Where are you with that?" Consumer: " Schizophrenia... for the pas few weeks, i'm feeling better. It's</p>	<p>1. " For me it's important that we plan activities together... that these are activities that we as users have decided on ourselves." "I am not very active in that area (user involvement), but it is good that it is possible for those who want to, to participate in decisions about activities." " We have a meeting for all once a week, wich we call the house meeting. There we can raise different issues... we also have the possibility of leaving a written note a box beforehand.  2. " I need a very long time to connect to people. I feel very</p>	<p><b>- God brukermedvirkning er når pasienten opplever å bli lyttet til og bli tatt seriøst.</b></p>



	<p>same, we have to be treated individually”  “... a number of qualities which they thought were important for a mental health professional to possess – listening skills, empathy, caring, understanding, respect etc...”  “You can tell who is genuine and who is not, even when you are unwell.”</p> <p>3. Heavy emphasis on the medical model in hospitals.  “... where we are seen as machines which have somehow developed some obscure fault...”  “you mention God to a psychiatrist and they just give you more tablets.”  “I think doctors become desensitised.”  “... didn't say hello, how are you, how are you feeling today, he just walked to the next person.”  “I agree with medication, but i</p>	<p>person, it's not about the clinician...”</p> <p>3. “Some have not been up-to-date for many years and are totally not applicable anymore.”  “The patient should be given a handheld care plan which can act as a diary, a memory jerker, because when you are in a distressed situation you can't always... remember.”  “I've been at different stages and you need different things at different times... It's got to be tailored to assessing what the person's situation is.”</p> <p>4. “Care planning should be about... your recovery. So it shouldn't just be about the symptom, the dose, it should be about.. what is gonna improve this person's quality of life, the patient and also the carers as well.”</p> <p>5. “Even when they do give you some hope</p>	<p>fingers at my head like this. That was my first time asking for help. FIRST time getting help. He knows himself what he did, what he meant (her voice shivering). There was not much consolation in his behaviour. On my head. On my forehead.”</p> <p>2. “ ... I was in the emergency department for 9 days before i came here (local CMHC) and it was seriously tiring. Of course, it was very hectic at the psychiatric hospital and we are all different people and different illnesses, so when i put the bag outside the door, inside the door here (at the CMHC), I said “listen. Listen to the silence”. I was in a conversation... and started to sort my problems, you know, and when i said, simply, “i cannot talk about it today”.”</p>	<p>let up and so... knock on wood (shared laughter)  ‘Cause i don't want it to come back. It's just kind of leaving.”  Provider: “Okay. You want to just not rock the boat right now then?”  Consumer: “Yeah”.</p> <p>2. Provider: “How many weeks?”  Consumer: “Probably... I would say about three weeks, just in case.”  Provider: “ Yeah. You may need some support through all this.”  Consumer: “Yeah, just... you know, even just to see your face, it might help me you know.”  Provider: “ (laughing) All right, i will see you in three weeks.”</p>	<p>proud that i am able to come here and take part in some things. This gives me more confidence.”  “... sometimes there can be too many bosses, so someone with authority has to cut through all this. But back to user participation: there's a big difference between shaming and cutting your head off.”</p> <p>3. “When one is ill, one wants the staff to have good professional knowledge, so that they are able to understand what is wrong and to take care of my interests and to care for me when i need it.”  “One can be suspicious and think that this is really about money. It may be about participation, and the responsibility that we have to take ourselves, but it may also mean that the</p>	
--	--	--	---	---	---	--

	<p>think there should be more new alternative therapies, and there should be more available talking therapies like cognitive therapy.”</p> <p>”Them and us”</p> <p>”They are thaught that they are the ones that provide health care...”</p> <p>”Instead of being about treatment it is about control.”</p> <p>”When you have a mental illness, the big fear you have is the loss of control. You feel like you are literally losing your mind, that you will never get back the ability to think clearly.”</p> <p>4. ”I wish someone would have come along to me and sat on the edge of the bed and tried to encourage me or explain the jargon.”</p> <p>” There is not enough education or information given to patients while they are in hospitals about drugs they are using.”</p>	<p>and try and involve you, and try to move forward and.. have new ideas, it’s then almost a slap in the face really because it doesn’t happen.”</p> <p>Agent-centred elements:</p> <p>6. ”People, when they first come into services are not necessarily going to be well... you’re not going to understand all of the jargon and everything else that’s going on... i was disconnected, didnt’ know what was going on.”</p> <p>7. ”Not everybody’s gonna have the confidence or feel well enough to do that.”</p> <p>”If they’re listening o what we’re saying, it will make a big difference to peoples’ lives and they will feel more comfortable about what they’re going... to be able to say to the psychiatrist or the psychologist and feel more at ease</p>	<p>”It’s hard to say, the disease i have, there is a risk that one gets worse and worse every time you get sick... I have been able to decide that i should cut down on drugs and stuff. But it has made... ehm. The way it looks now is that i am now in worse shape. So it’s not always that this user involvement is THAT good.”</p> <p>3. It’s sort of no support when you come out... when you come home and stuff, there is no support there or anything else... Thats because of all the cutbacks and reduction of mental health services. I regret it myself (what i do when i am not admitted): I am like a ticking time bomb. That’s why i’m here.”</p> <p>”If i could only have been admitted in X ( a neighbouring small town), i think that would have been</p>	<p>3. Provider: ” I may have mentioned this to you before. We might want to look at... if this has been going on for, like your wife has been saying, for years, you might be benefitted by having what’s called a sleep study.”</p> <p>Consumer: ” yeah”</p> <p>Provider: ” And just, long story short, it’s where you go in an evening and they, they hook you to, it’s called an EEG machine...”</p> <p>Consumer: ” Yeah”</p> <p>Provider: ” so that might be something we need to look at because like i said before, you’re on a goodly amount of meds that should probably for most o fus be</p>	<p>professionals disappear and the users shall run these centres themselves... It is very nice to hear that i shall be heard, but how much valued is this really when decisions are taken in society? It may be that they ask us in order to make it all look better and that my opinions do not have any influence when real decisions are to be made... Which way is this moving? Is there some kind of control over this process?”.</p>	
--	---	---	--	--	--	--

		<p>and not feel uncomfortable.”</p> <p>8. "I think, first of all, that users need to be aware that they should be involved in the care, because i've never been told that." "If the professionals listen to the patient, on what's best and it is not necessarily negotiation between the two, because one's obviously got expertise by profession, and the other one by lived experience, but if they work collaboratively, if they work together, i believe that they can come up with the best care plan."</p> <p>9. " I certainly didn't have the knowledge of what was available... so you got to know what's available to engage in your care planning...".</p> <p>10. " Things have to be done in a simplified manner, definitely, not like you're talking to</p>	<p>perfect, not in my own hometown. Yes. Because when you get back to yourself, you regret stuff. But they have been good at shielding me... it's a small place here. Or small, it's not that small, but everybody knows the people working here... and then they know i am admitted. And i think that's terrible."</p> <p>4. "... I had an offer of aftercare housing last summer, but then i was not so ready to quit drinking, so - first i said yes, then i changed and said no, and so it was.... I've wobbled very much..."</p> <p>" I don't remember; i guess i was there (at the psychiatric hospital) in 3 months... you are so depressed then, that when it comes to user involvement and these things, you are not capable of... so in a way, you know, the professionals have</p>	<p>putting us horizontal." Consumer: "yeah".</p>		
--	--	--	---	--	--	--

<p><b>Førsteordens begreper – utsagn fra deltakerne i primærstudiene</b></p>	<p>1. Terminology – schizophrenic vs service user. "having a term you are happy with, even when you have got it, there is still stigma." "Mental health is better than psychiatric". "... the way mental illness is depicted in the press... was a contributor to stigma." "Manic depression or schizophrenia are even perceived to be killers."</p> <p>2. "... very important to see the person behind the mental health difficulty." "Unless there is a relationship there, there cannot be any healing". "See the whole person..." "We are not all the same, we have to be treated individually" "... a number of qualities which they thought were important for a mental health</p>	<p>Procedural elements:</p> <p>1. "Good user involvement is being listened to every step of the way really and being taken seriously about suggestions and issues from the very start." "If somebody was actually there going through a care plan and ... really taking me seriously in terms of what i do the obviously... i would start to respond in a different way and feel differently about the person doing the review."</p> <p>2. "Many care plans, they're disgraceful. They're all about what the provider feels you need, not the user." "The involvement is the important thing, isn't it? It's about the person, it's not about the clinician..."</p> <p>3. "Some have not been up-to-date for many years and are totally not applicable</p>	<p>1. "I felt i had to nag to get... No it's not supposed to be like that, that you feel you have to walk around and nag to get people to... But it became better... They decided the treatment... and the user; it was like you could say your opinion, and you sort of... I felt it was a good treatment. I was a part of making the decisions. I LIKED THAT A LOT. No it's very important that you are both... both seen and heard." "The first time i went to the doctor. Meds, i got some meds; I don't remember which ones... It was a male doctor. Yes and when he heard, how, how, how i was – he pointed one of his fingers at my head like this. That was my first time asking for help. FIRST time getting help. He knows himself what he did, what he</p>	<p>1. Provider: "Well, we had talked about (medication) as a possible option to take at night, but as you know, that would involve blood draws every week" Consumer: "uh-huh." Provider: " And, of course, my ulterior motive is that i think might help some of those other symptoms you have of schizophrenia. Where are you with that?" Consumer: " Schizophrenia... for the pas few weeks, i'm feeling better. It's let up and so... knock on wood (shared laughter) 'Cause i don't want it to come back. It's just kind of leaving."</p>	<p>1. " For me it's important that we plan activities together... that these are activities that we as users have decided on ourselves." "I am not very active in that area (user involvement), but it is good that it is possible for those who want to, to participate in decisions about activities." " We have a meeting for all once a week, wich we call the house meeting. There we can raise different issues... we also have the possibility of leaving a written note a box beforehand.</p> <p>2. " I need a very long time to connect to people. I feel very proud that i am able to come here and take part in some things. This gives me more confidence." "... sometimes there can be too many</p>	<p><b>- God brukermedvirkning er når pasienten opplever å bli lyttet til og bli tatt seriøst.</b></p>
--	--	--	---	---	--	---

<p><b>Tredjeordens begreper</b> – min sammenfatning, fortolkning og syntese av førsteordens begrepene og andreordens begrepene.</p>	<p>- Holistisk og psykodynamisk tilnærming til pasientene tilrettelegger bedre for brukermedvirkning.</p>	<p>- Pasientenes behov som må bli møtt for å klare å involveres i beslutningstaking. Pasientene søker bedre kunnskap fra de profesjonelle angående brukermedvirkning?</p>	<p>- Pasientene trenger å bli møtt med trygghet og respekt, at de får ta sine egne avgjørelser selv om det kan få destruktive konsekvenser. Det er likevel brukermedvirkning om pasienten velger å ikke ta en avgjørelse. Viktig med en god relasjon (kunnskap om pas) til pas for å kunne best bedømme hvordan å involvere pasienten i alle slags avgjørelser.</p>	<p>- Når det gis informasjon klarer pasientene å foreta bedre valg. Pasientene tar oftere valg angående sin egen behandling når de blir invitert til det. Pasienter har ofte en del meninger rundt sin medisiner og behandling.</p>	<p>- Pasientene har behov for å bli møtt der hvor de er, noen deltar mer aktivt enn andre i beslutningstaking mens andre har behov for å gi fra seg litt ansvar. Behov for å føle seg trygg og ivaretatt. Frykt for at brukermedvirkning og ansvarliggjøring skal brukes for å kunne nedbemanne dps.</p>	<p><b>Holistisk behandling, med en psykodynamisk tilnærming til pasienten. God relasjon tilrettelegger for involvering som skaper gode bedringsprosesser.</b></p>
---	---	---	---	---	--	---