



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	446
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	6886
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	63
Andre medlemmer i gruppen:	445

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Betydning av brukermedvirkning for pasienter som lider av schizofreni

The importance of shared decision-making for patients suffering from schizophrenia

Kandidatnummer: 445 & 446

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel Betydning av brukermedvirkning for pasienter som lider av schizofreni

Bakgrunn Omtrent 20 000 personer i Norge lever med schizofreni. Schizofreni kan føre til symptomer som kan virke skremmende og gjøre livet utfordrende. Selv om symptombyrden kan være stor viser forskning at de fortsatt har evne til brukermedvirkning.

Hensikt Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilken betydning brukermedvirkning har for voksne pasienter med schizofreni innlagt i psykiatrisk sykehus. Vi vil også diskutere hvordan disse funnene kan være av betydning for sykepleie og praksisfeltet.

Problemstilling Hvilken betydning har brukermedvirkning for voksne pasienter med schizofreni innlagt i psykiatrisk sykehus?

Metode Oppgaven er skrevet på bakgrunn av et litteraturstudium som baserer seg på relevant teori, litteratur og fire forskningsartikler. Forskningsartiklene ble identifisert gjennom systematiske søk.

Resultat Forskning viser at brukermedvirkning er av betydning for pasienter med schizofreni sin tilfredshet ved og gjennomføring av behandling, det terapeutisk forhold mellom pasient og behandler, autonomi og empowerment, livskvalitet og personlig velvære, bedringsprosess og tvang.

Konklusjon Sykepleier har ansvar for at pasienten skal oppleve brukermedvirkning. Basert på funn fra vår oppgave kan brukermedvirkning være av positiv betydning for pasienter med schizofreni sin behandling, bedringsprosess og livskvalitet.

Nøkkelord: Schizofreni, brukermedvirkning, sykepleie

Abstract

Title The importance of shared decision-making for patients suffering from schizophrenia

Background Approximately 20 000 people in Norway are currently living with schizophrenia. Schizophrenia can exhibit symptoms that can be perceived as both frightening and challenging for the patient's daily life. Despite challenging symptoms research has shown that this group of patients still have the ability to be a participant in decision-making.

Aim The aim of the study was to investigate the impact of shared decision-making on patients living with schizophrenia, who are admitted in psychiatric hospitals. The impact of these findings, in regard to nurses and nursing, will also be discussed.

Problem What form of impact does shared decision-making have on adult patients living with schizophrenia who are admitted to a psychiatric hospital?

Method This study was conducted on the basis of relevant theory, literature and four research articles. The research articles were identified through systematic searches.

Result Results of our research shows that shared decision-making may increase satisfaction and the chance of completing treatment. In addition, results have revealed that shared decision-making have a positive impact on the therapeutic relationship, patient perceived autonomy, treatment related empowerment, quality of life, personal well-being, recovery and compulsory treatment.

Conclusion Nurses have a responsibility to include patients in the process of decision-making. Based on our findings, shared decision-making appears have a positive impact on treatment, recovery and quality of life for patients suffering from schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, shared decision-making, nursing

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	6
1.1 Innledning.....	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	7
2.0 Teori	8
2.1 Schizofreni	8
2.1.1 Symptomer, opplevelser og konsekvenser.....	8
2.1.2 Diagnostisering av schizofreni	9
2.2 Brukermedvirkning	9
3.0 Metode	11
3.1 Design.....	11
3.2 Søkeprosessen	12
3.3 Kritisk vurdering av artikler	13
3.4 Kritikk av metode.....	14
3.5 Etske vurderinger.....	14
4.0 Syntese	15
4.1 Oppsummering av relevante funn i inkluderte artikler.....	15
4.1.1 Tilfredshet og gjennomførelse av behandling	15
4.1.2 Terapeutisk allianse	16
4.1.3 Autonomi og empowerment	16
4.1.4 Livskvalitet og personlig velvære.....	17
4.1.5 Bedringsprosess.....	17
4.1.6 Tvang	17
5.0 Diskusjon	18
5.1 Resultatdiskusjon.....	18
5.1.1 Tilfredshet og gjennomførelse av behandling	19
5.1.2 Terapeutisk allianse	19
5.1.3 Autonomi og empowerment	20
5.1.4 Livskvalitet og personlig velvære.....	21
5.1.5 Bedringsprosess.....	21
5.1.6 Tvang	22
5.2 Implementering i praksis	22
5.3 Metodediskusjon	24
6.0 Konklusjon	27
7.0 Referanseliste	28
8.0 Vedlegg	33
8.1 Vedlegg 1: PICO	33

8.2 Vedlegg 2: Flytskjema.....	35
8.3 Vedlegg 3: Samleskjema.....	36

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

I Norge er det til enhver tid ca. 20 000 personer som lever med schizofreni, et tall som har holdt seg relativt stabilt de siste tiårene (Snoek & Engedal, 2017, s. 83). Mellom 600-800 ny-diagnostiseres med schizofreni årlig her i landet, i tillegg regner man også med en viss underdiagnostisering og mørketall (Folkehelseinstituttet, 2015). Studier på personer med schizofreni viser at om lag 25% får et kronisk og livslangt forløp, 25% har kun én sykdomsepisode, og de resterende 50% har et forløp som ligger mellom disse ytterpunktene (Helsedirektoratet, 2013, s.141).

Schizofreni er et syndrom. Dette innebærer at det ikke er en klart avgrenset sykdomstilstand, men en diagnose basert på en samling tegn og symptomer (Helsedirektoratet, 2013, s. 133). Tilstanden kan føre til forstyrrelser av både tanker, følelser og virkelighetsoppfatning (Helsenorge, 2019), og kjennetegnes av perioder med psykoser, hallusinasjoner og vrangforestillinger. Dette kan medføre at det både er skremmende og vanskelig å leve med schizofreni (Picchioni & Murray, 2007, s. 91-92).

Selv om schizofreni kan medføre forstyrret virkelighetsoppfatning og tankeforstyrrelser, finnes det mye forskning på denne pasientgruppen sin evne til å delta i beslutninger (Roberts et al.; Bunn et al.; Hamann et al., referert i James & Quirk, 2017, s. 158). Forskning viser at symptombyrden ikke hindrer aktiv deltakelse, og at den heller ikke skal hindre behandlere i støtte av pasienters autonomi (Hamann et al., 2020, s. 6). I tillegg viser forskning at personer med schizofreni ønsker aktiv deltakelse i beslutninger rundt egen behandling (Carrotte et al., 2020 s. 3; James & Quirk, 2017, s. 157).

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet for alle pasienter i Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1). Brukermedvirkning innebærer at pasienten har rett til å medvirke i valg, utforming og anvendelse av helsetilbudet. Dette gjelder både planlegging og gjennomføring (Helsedirektoratet, 2013, s. 23).

1.2 Problemstilling

Problemstillingen vi ønsker å utforske er:

Hvilken betydning har brukermedvirkning for voksne pasienter med schizofreni innlagt i psykiatrisk sykehus?

Vi tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv, og vil i siste del av oppgaven diskutere hvilke implikasjoner funnene har for praksisfeltet.

1.3 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Vi er begge to fascinert av organet hjernen, hvordan den fungerer og hvordan den påvirker menneskets psykiske helse. På bakgrunn av dette, fant vi tidlig ut at vi ønsket å dykke dypere i teori og forskning om psykiatri som fagfelt. Etter å ha gjennomført praksis i psykiatrisk sykepleie, steg interessen for feltet ytterligere, særlig for psykoselidelser, herunder schizofreni.

De fleste nysyke med schizofreni er mellom 18-28 år, men også personer i 40-50-årsalderen kan rammes for første gang (Snoek & Engedal, 2017, s. 83). På bakgrunn av denne faktakunnskapen har vi valgt å fokusere på voksne, personer over 18 år.

Til tross for tidlige intervensjoner og godt tilrettelagt behandlingsopplegg for personer med schizofreni, vil det ofte være nødvendig med innleggelse for å starte opp behandling (Snoek & Engedal, 2017, s. 87-89). Derfor valgte vi å rette fokus mot pasienter innlagt i psykiatrisk sykehus. Psykiatrisk sykehus er i denne oppgaven definert som spesialsykehus hvor pasienter med psykiske lidelser kommer til undersøkelse, behandling og opphold i sengeavdeling, dagopphold eller poliklinisk behandling (Braut & Malt, 2019).

Nevnt innledningsvis kan schizofreni være utfordrende å leve med (Picchioni & Murray, 2007, s. 91-92). Helsedirektoratet (2017) oppgir at brukermedvirkning kan ha positiv effekt på brukerens selvbilde og bedringsprosess. Denne informasjonen danner grunnlaget for vår undring over hvilken betydning brukermedvirkning har for pasienter med schizofreni.

2.0 Teori

2.1 Schizofreni

Ordet schizofreni er hentet fra det greske språk og betyr "fragmentert sinn". Det ble tatt i bruk på begynnelsen av 1900-tallet for å beskrive personer som utvikler diagnosen, og oppløsningen av de mentale prosessene de opplever. (Helsedirektoratet, 2013, s. 133)

Blant personer som opplever psykose er schizofreni den vanligste formen (Snoek & Engedal, 2017, s. 82). Schizofreni er også den mest alvorlige og undersøkte psykoselidelsen, da den for mange innebærer et omfattende og langvarig forløp (Helsedirektoratet, 2013, s. 133). Psykose betraktes som et sammenbrudd av psykologiske mestringsstrategier eller psykologiske forsvarsmekanismer som følge av følelsesmessig overbelastning (Helsedirektoratet, 2013, s. 126).

2.1.1 Symptomer, opplevelser og konsekvenser

Symptomene som opptrer ved schizofreni avspeiler endringer i en rekke normale psykologiske funksjoner (Dansk Lægemiddel Information A/S & Felleskatalogen AS, 2019). En opplevelse av at ens personlighet og identitet endres, er særlig smertefull. Som nevnt innledningsvis kan symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger opptre. Ved hallusinasjoner kan den syke se eller høre ting som friske mennesker ikke gjør, og ved vrangforestillinger har man ha uriktige og ofte urimelige oppfattelser av verden som ikke deles av andre. Eksempler på vrangforestillinger kan være en følelse av å bli forfulgt eller spionert på, eller at hen besitter ekstraordinære evner og kan lese, styre eller påvirke andres tanker (Dansk Lægemiddel Information A/S & Felleskatalogen AS, 2019). Opplevelser som psykoser og tankeforstyrrelser kan medføre blant annet depresjon, angst og økt selvmordsrisiko (Picchioni & Murray, 2007, s. 92). Andre og gjerne mindre observerbare

symptomer kan være passivitet, initiativløshet, tretthet og manglende fremdrift eller interesse. Slike symptomer kan igjen medføre sosial isolasjon (Dansk Lægemiddel Information A/S & Felleskatalogen AS, 2019). Schizofreni er ofte forbundet med redusert livskvalitet på grunn av plagsomme symptomer og vansker med å opprettholde et tidligere normalt hverdagsliv med arbeid, skole og sosial omgang (Bjørnstad & Ververda, 2018).

2.1.2 Diagnostisering av schizofreni

Det kliniske bildet ved schizofreni er mangfoldig, og for å stille diagnosen har man basert diagnosekriteriene på opplevelser som formidles av personen i tillegg til observert atferd (Helsedirektoratet, 2013, s. 133). I Norge benytter man et diagnosesystem ved navn ICD-10. Her vektlegges både her-og-nå-symptomer og selve forløpet av symptomene. For å kunne stille diagnosen schizofreni ved bruk av ICD-10, skal personen ha omfattende symptomer med varighet på minst en måned. Symptomer som vektlegges er vrangforestillinger, hallusinoser, desorganisering og tankeforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2013, s. 133). Studier på personer som lider av schizofreni viser imidlertid store individuelle variasjoner i sykdomsforløpet (Helsedirektoratet, 2013, s. 14). En kombinasjon av symptomer sammen med deres varighet og innvirkning på personens funksjonsnivå gir den endelige diagnostiske forståelsen av tilstanden (Snoek & Engedal, 2017, s. 83).

2.2 Brukermedvirkning

Det var ikke før på 1990-tallet at brukermedvirkning for alvor kom på dagsorden innen psykisk helsevern i Norge. Utgangspunktet for dette var erkjennelse av pasientenes verdifulle erfaringskunnskap som kunne være en viktig ressurs i behandlingen, og derfor måtte tas i bruk. (Helsedirektoratet, 2013, s. 22)

Brukermedvirkning innebærer at pasienten, så langt det lar seg gjøre, får definere ønsker og mål i behandlingen (Snoek & Engedal, 2017, s. 61). Det kan ses på som en prosess hvor pasienten virker sammen med tjenesteyterne, herunder sykepleiere, og sammen kommer frem til beslutninger vedrørende behandling og aktuelle tjenestetilbud (Carrotte et al., 2020, s. 1; Helsedirektoratet, 2015; James & Quirk, 2017, s.152; Stovell et al., 2016, s. 23). På den måten utnyttes både brukerkunnskap og fagkunnskap (Helsedirektoratet, 2015).

Nevnt innledningsvis er brukermedvirkning en lovfestet rettighet alle pasienter i Norge har (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1). Respekten for enkeltmenneskets selvbestemmelsesrett, rettsikkerhet og autonomi ligger til grunn (Helsedirektoratet 2015). Ettersom brukere har rett til å medvirke, har tjenesten plikt til å involvere brukere både i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2017).

Brukermedvirkning er også et virkemiddel for å oppnå bedre og tryggere tjenester (Klausen, 2016), og inngår i kravet til faglig forsvarlighet (Helsedirektoratet, 2015). Ifølge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten kjennetegnes tjenester av god kvalitet ved at de «involverer brukere og gir dem innflytelse» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Alt helsepersonell skal yte tjenester ut fra Helsepersonelloven, yrkesetiske og fagspesifikke retningslinjer (Helsedirektoratet, 2015). Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer beskriver at sykepleiere skal fremme, samt respektere pasienters mulighet til å ta selvstendige valg (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Retten til selvbestemmelse og autonomi står høyt, men selv om man gjerne ønsker å overholde denne retten, skal sykepleie utøves på en faglig forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 2000, §4; Norsk sykepleierforbund, 2019). Forutsetningene for brukermedvirkning kan endre seg over tid, og hva som kan forventes av medvirkning må ses i forhold til pasientens ressurser (Helsedirektoratet, 2015). Når pasienter med schizofreni er i aktiv psykose har de svekket mental kapasitet til å oppfatte «virkeligheten», kommunisere og forholde seg til andre mennesker (Hummelvoll, 2014, s. 337). Dette kan medføre at pasienten har vansker med å se sitt eget beste eller føre sin egen sak (Hummelvoll, 2014, s. 85). Til tross for dette sier forskning at stor symptombyrde ikke er til hinder for aktiv deltakelse hos pasienter med schizofreni (Hamann et al., 2020, s. 6).

Den krediterte forfatteren Hummelvoll (2014, s. 78) presiserer også viktigheten av brukermedvirkning i sine bøker, hvor han blant annet skriver at en sentral verdi i psykisk helsearbeid er aktiv brukermedvirkning. Å aktivt kunne delta i egen behandling styrker opplevelsen av å være i bedring. I tillegg er brukermedvirkning og selvbestemmelse sentrale

og viktige faktorer for pasientens bedringsprosess (Hummelvoll, 2014, s. 67-68). Ved å ha fokus på pasienten og legge til rette for innflytelse i egen behandling og oppfølging, bidrar en til at pasienten kan ta ansvar for seg selv og egen utvikling, noe som i seg selv har en terapeutisk effekt (Helsedirektoratet, 2013, s. 22). Det kan gi økt følelse av autonomi og bidra til at pasienten opplever håp og økt kontroll over eget liv (Helsedirektoratet, 2013, s. 22).

Brukermedvirkning skjer primært i relasjonen mellom pasient og tjenesteyter (Klausen, 2016). Virksomhetene skal ha rutiner og prosedyrer som beskriver hvordan medvirkning skal ivaretas (Helsedirektoratet, 2015). Pasienter som mottar helsetjenestetilbud, skal gis mulighet til å ha innflytelse på tilbudet. Dersom pasienten selv ikke kan ivareta dette, skal en representant for pasienten tilbys medvirkning, f.eks. pårørende (Grytten, 2013).

Eksempler på hvordan brukermedvirkning ivaretas i praksis er brukerrepresentasjon i styrer, systematisk innsamling av informasjon fra pasient, individuell plan, medvirkning blant pårørende og brukerrettet tilpasning av tjenester (Klausen, 2016). Helsepersonell bør gi tilstrekkelig med informasjon tilpasset pasienten, basert på god faglig kunnskap, noe som gir mulighet for at pasienten kan få innflytelse i behandlingen og ta optimale valg (Helsedirektoratet, 2015). Med dette menes at man i pasient-sykepleier-møte, blant annet benytter hverdagspråk i stedet for fagterminologi for å gi bedre forutsetninger for forståelse og dermed deltakelse.

3.0 Metode

3.1 Design

Vi har gjennomført et litteraturstudium, hvor vi har søkt etter forskningslitteratur relevant for vår problemstilling. Utvalgte artikler har blitt gjennomgått og analysert, før resultatene har blitt samlet i en syntese og deretter diskutert.

3.2 Søkeprosessen

Når tema var bestemt (schizofreni), benyttet vi Google Scholar og Oria for å gjøre eksplorerende søk og skaffe oss oversikt over tema. Ved å gjøre søk i disse databasene så vi det var en god del forskning som omhandlet vårt tema. Vår første innfallsvinkel var å undersøke hvordan en kunne bruke kommunikasjon for å skape en god relasjon til pasienter med schizofreni. Vi fikk imidlertid en rekke treff som fokuserte på brukermedvirkning for denne pasientgruppen. Vi ble dermed nysgjerrige på hvilken betydning brukermedvirkning har for pasienter som lider av schizofreni.

Vi utarbeidet en PICO, vedlegg 1, hvor vi fikk presisert problemstillingen og tydeliggjort spørsmål for litteratursøk. I tillegg til å skaffe oss oversikt, ble Google Scholar og Oria også brukt for å lete frem gode søkeord vi kunne inkludere i vår PICO for å gjennomføre best mulig søk til vår problemstilling. For å sikre oss søkeord og synonymer både på norsk og engelsk brukte vi termbasen MeSH. Her fant vi relevante begreper vi inkluderte i vår PICO.

For å velge hvilke databaser vi skulle gjøre søk i, tok vi utgangspunkt i kunnskapspyramiden, de ulike databasenes fagområder, og databaser som var tilgjengelige via skolens bibliotek (Oria). Kunnskapspyramiden er en modell som sier noe om hva du skal søke etter og hvor du kan finne det (Helsebiblioteket, 2016). Den oppsummerte forskningen er plassert øverst i pyramiden, hvor det er anbefalt å starte søkeprosessen, enkeltstudier er plassert nederst (Helsebiblioteket, 2016). Desto lenger opp i pyramiden den valgte databasen er, desto mer kvalitetsvurdert og anvendbar er forskningen (Nordtvedt m.fl., 2012, s. 44). Det er et viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis å lete etter oppsummert forskning, før man begynner letingen etter enkeltstudier (Helsebiblioteket, 2016). På bakgrunn av dette, samt kjernesporsmål og problemstillingen vår bestemte vi oss for å gjennomføre søk i Cinahl, Cochrane, Epistemonikos, og PsycInfo (via Ovid).

Etter å ha presisert problemstilling, utarbeidet PICO og valgt databaser, gjennomførte vi søk hvor vi kombinerte ordene "schizophrenia", "shared decision-making" og "outcome", samt engelske synonymer av de nevnte begrepene. Søkene ble gjort ved å kombinere de ulike

emneordene med “AND” og “OR”. I problemstillingen har vi brukt begrepet «betydning» for å åpne opp for diskusjoner i oppgavens siste del, men når vi gjennomførte søk brukte vi «outcome» og synonymmer av dette da vi tenkte det i større grad ville gi oss studier som best ville besvare problemstillingen. Avgrensninger i søkene ble gjort på bakgrunn av inklusjonskriteriene som er voksne personer (over 18 år) med schizofreni innlagt i psykiatrisk sykehus, på sengeavdeling, dagopphold og poliklinisk behandling. I tillegg bestemte vi oss for å fokusere på nyere forskning, dermed ble tidsperioden for publikasjon satt fra 2016-2021.

Ved å benytte søkeordene i PICO samt våre inklusjonskriterier (voksne, innlagt, tidsbegrensning 2016-2021), endte vi opp med treff i Cinahl (n=30), Cochrane (n=99), Epistemonikos (n=0) og PsycINFO (via Ovid) (n=7). Hele søkeprosessen er presisert i flytskjema, vedlegg 2. Søkene vi gjorde ble gjennomført i perioden desember 2020 til mars 2021.

Vi har vært to personer som har gjennomført søk, samt gjennomgått treff og artikler. For å velge ut artikler benyttet vi fremgangsmåten beskrevet i Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; *Slik oppsummerer vi forskning* (2015, s. 36). Treff i de ulike databasene (n=136) ble først gjennomgått ved å kun se på titler. Artiklene som ble vurdert relevante (n=52) leste vi abstraktet på. De som fortsatt virket å være av relevans ble lest i fulltekst (n=17). I artiklene lest i fulltekst (n=17) gjennomgikk vi kildelister og identifiserte ytterlige elleve artikler, som vi leste abstrakt på. Begrunnelser for eksklusjon av ulike artikler i prosessen er presentert i vedlegg 2. Til slutt endte vi opp med fire artikler vi valgte å inkludere i vår oppgave, deriblant to oversiktsartikler, en tversnittstudie og en randomisert kontrollert studie.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

Forskning kan ikke brukes ukritisk, og det er derfor nødvendig å vurdere gyldighet og kvalitet gjennom kritisk vurdering (Helsebiblioteket, u.å.). For å vurdere gyldighet og kvalitet av forskningen fra våre søk, benyttet vi sjekklister for kritisk vurdering, hentet fra

Helsebiblioteket sine nettsider. Sjekklistene som finnes her er tilpasset ulike studiedesign, og betegnes av Helsebiblioteket (2016) som pedagogiske verktøy for å lære kritisk vurdering av artikler. Sjekklistene gav oss nødvendig kunnskap som bidro til å vurdere de inkluderte artiklenes gyldighet og kvalitet.

For å velge hvilke sjekklister som var passende tok vi utgangspunkt i artiklenes metodedel. Stovell et al. (2016) og Fiorillo et al. (2020) har begge skrevet oversiktsartikler, dermed valgte vi å bruke sjekklister for oversiktsartikler når vi skulle kritisk vurdere disse. Hamann et al. (2020) gjennomførte en klyngerandomisert, kontrollert studie, dermed benyttet vi sjekklister for randomiserte kontrollerte studier. Den siste studien vi inkluderte er en tverrsnittstudie skrevet av Carrotte et al. (2020). For å kritisk vurdere denne brukte vi sjekklisten for prevalensstudier. På bakgrunn av den gjennomførte kritiske vurdering av hver enkelt artikkel, mener vi de inkluderte artiklene er av god faglig kvalitet.

3.4 Kritikk av metode

Dette er en rapport skrevet på bakgrunn av et litteraturstudium. Det er altså ikke en systematisk oversikt. Likevel er det mye systematisering i arbeidet, hvor vi søker, vurderer og oppsummerer forskning vi finner rundt tematikken (Aveyard, 2014, s. 4). I en slik prosess er det tidsmessige rammer som gjør det nødvendig å ta valg for å finne litteratur som potensielt har størst relevans for oppgavens problemstilling. Det medfører tydelige prioriteringer og kan medføre at artikler som kan kaste ytterlige lys over tema ikke inkluderes. Kvalitative studier som i større grad utforsker pasienters opplevelse og erfaringer med brukermedvirkning når sjeldnere høyt opp i kunnskapspyramiden, og blir dermed ekskludert. De er likevel verdifulle bidrag til kunnskapsfeltet som gir nyttige innsikter i erfaringer og opplevelser, selv om effekten ikke nødvendigvis kan måles.

3.5 Etske vurderinger

Etske overveielser er noe enhver forsker må ta stilling til. For å gjøre etske vurderinger har vi holdt oss til nasjonale og internasjonale forskningsetiske prinsipp, jf. De nasjonale forskningsetiske komiteer, Helsinkideklarasjonen, gjeldende lovverk og etske retningslinjer ved HVL (Høgskulen på Vestlandet, 2020). Forskningsetikkloven skal bidra til at all forskning

skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer (Forskningsetikkloven, 2017, §1). Ifølge denne loven har forskeren primæransvaret for at forskningen som presenteres er aktsom og forsvarlig (Langtvedt, 2017). Helseforskningsloven samler bestemmelser fra flere tidligere lover: personopplysningsloven, helseregisterloven, pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven m.fl. (Langtvedt & Hølen, 2010). Formålet med loven er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Dette innebærer respekt for menneskeverd og menneskerettigheter, samtidig som forskningen respekterer og fremmer allment anerkjente forskningsetiske normer. Det ligger også et krav om at forskeren skal være etisk bevisst (Sønderland, 2009).

Et litteraturstudium, slik vi har gjennomført, involverer ikke pasienter direkte og dermed vil det være mindre etiske hensyn som må tas, sammenlignet med andre forskningsmetoder. Publiserte artikler som er etisk godkjente merkes med dette, noe vi har vært oppmerksomme på gjennom prosessen. Derfor har vi bare inkludert artikler hvor det er merket at forskningen er utført på etisk forsvarlig måte. Vi er også ansvarlige for å presentere forskningen på en sannferdig måte hvor vi ikke tilbakeholder eller gir en begrenset eller feil fremstilling av funn. Vi har heller ikke trukket resultatene lenger enn det resultatene i artiklene tilsier.

4.0 Syntese

Gjennomførelse av fremgangsmåten beskrevet i metoddelen resulterte i fire artikler vi valgte å inkludere i vår oppgave. Artiklene er nøye gjennomgått og analysert. De er presentert i sameskjema, vedlegg 3. Nedenfor vil vi gi en syntese av funn fra forskningen som er av relevans for vår problemstilling.

4.1 Oppsummering av relevante funn i inkluderte artikler

4.1.1 Tilfredshet og gjennomførelse av behandling

Tre av de inkluderte artiklene så at pasienter som opplevde høy grad av brukermedvirkning var mer tilfreds med mottatt behandling (Carrotte et al., 2020, s. 6; Fiorillo et al., 2020, s. 6; Hamann et al., 2020, s. 3-4). Disse resultatene var i den ene artikkelen observerbare både i kvalitative og kvantitative analyser (Carrotte et al., 2020, s. 6).

Effekten av brukermedvirkning på gjennomføring av forskrevet medikamentell behandling ble undersøkt i to av artiklene (Fiorillo et al., 2020, s. 6-7; Hamann et al., 2020, s. 4). En av disse artiklene er en oversiktsartikkel, og har presentert flere ulike funn som kan virke motstridende (Fiorillo et al., 2020, s. 6-7). Resultatene i oversikten viste både positiv effekt og ingen effekt av brukermedvirkning på gjennomførelse av forskrevet medikamentell behandling (Fiorillo et al., 2020, s. 6-7). Den andre artikkelen så en positiv effekt av brukermedvirkning både på gjennomførelse av forskrevet medikamentell behandling, og på pasientenes holdninger rundt medikamenter (Hamann et al., 2020, s. 4). Ved oppfølging etter seks og tolv måneder ble det imidlertid ikke observert effekt av brukermedvirkning på gjennomførelse av medikamentell behandling (Fiorillo et al., 2020, s. 6; Hamann et al., 2020, s. 4).

4.1.2 Terapeutisk allianse

Funn fra tre av de inkluderte artiklene viste at brukermedvirkning kan ha en positiv effekt på det terapeutiske forholdet mellom pasienter med schizofreni og deres behandlere (Fiorillo et al., 2020, s. 5; Hamann et al., 2020, s. 3; Stovell et al., 2016, s. 26-27). I tillegg viser funn at intervensjoner med hensikt om å fremme brukermedvirkning hadde en positiv effekt på konflikthåndteringer og behandlere sin interaksjonsstil (Fiorillo et al., 2020, s. 8). Presenterte funn viste at fravær av brukermedvirkning kunne redusere pasientens tillit til helsepersonell og det psykiske helsevesenet (Carrotte et al., 2020, s. 6).

4.1.3 Autonomi og empowerment

Økt brukermedvirkning styrker pasienter med schizofreni sin følelse av autonomi (Carrotte et al., 2020, s. 3; Stovell et al., 2016, s. 27) og empowerment (Stovell et al., 2016, s. 27). Etter utskrivelse er de observerte effektene mer motstridende, hvor noen funn ikke viser signifikant effekt, mens andre viser stor effekt seks måneder etter utskrivelse (Stovell et al., 2016, s. 27). Ved fravær av brukermedvirkning opplevde pasientene en redusert følelse av autonomi, men dersom deres meninger og erfaringer ble sett på som ressurser, opplevde pasientene større kontroll over egen behandling (Carrotte et al., 2020, s. 6).

Inkluderte funn viser at brukermedvirkning kan øke pasienter med schizofreni sitt ønske om aktiv deltakelse (Fiorillo et al., 2020, s. 8), opplevelse av involvering (Hamann et al., 2020, s. 3) og grad av involvering i egen behandling (Stovell et al., 2016, s. 27). Presenterte oppfølgingsdata viste at pasientene fortsatt hadde et økt ønske om aktiv deltakelse etter seks og tolv måneder (Fiorillo et al., 2020, s. 8).

4.1.4 Livskvalitet og personlig velvære

Funn fra to av de inkluderte artiklene indikerer at økt brukermedvirkning kan ha en positiv effekt på livskvaliteten til pasienter som lider av schizofreni (Carrotte et al., 2020, s. 6; Fiorillo et al., 2020, s. 4). En annen artikkel undersøkte effekten av brukermedvirkning på livskvalitet hos denne pasientgruppen seks og tolv uker etter utskrivelse, men fant ingen signifikant effekt (Hamann et al., 2020, s. 4). Videre viser inkluderte funn positiv effekt av brukermedvirkning på personlig velvære, selvstimering (Carrotte et al., 2020, s. 3) og selvtillit hos pasienter som lider av schizofreni (Fiorillo et al., 2020, s. 4).

4.1.5 Bedringsprosess

Gjennom dybdeintervjuer med pasienter som lider av schizofreni er det gjort funn som indikerer at brukermedvirkning har en positiv virkning på denne pasientgruppens bedringsprosess (Carrotte et al., 2020, s. 6). Brukermedvirkning kan frembringe bedringsprosessen, og være en lovende strategi for å forbedre samarbeidet mellom pasienter og behandlere hvor målet er bedring (Fiorillo et al., 2020, s. 9).

Funn fra undersøkelser som så på effekten av brukermedvirkning på pasienter med schizofreni sin evne til å møte varierende livsproblemer viste ingen signifikant effekt (Fiorillo et al., 2020, s. 3; Hamann et al., 2020, s. 4). Det fremkom heller ingen signifikant effekt av brukermedvirkning når det gjaldt symptomers alvorlighetsgrad, behandlingsrespons, effekt av behandling og antall reinnleggelser (Hamann et al., 2020, s. 4).

4.1.6 Tvang

Funn viser en trend som peker på at økt brukermedvirkning kan redusere sannsynligheten for bruk av tvang i fremtidig behandling i sykehus med omtrent 40% (Stovell et al., 2016, s.

26-27). Denne trenden viste seg å være gjeldende for en periode på 15-18 måneder. (Stovell et al., 2016, s. 26-17)

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Alle intervensjonene som ble implementert i de inkluderte artiklene hadde som mål å øke brukermedvirkning. Noen intervensjoner var rettet mot behandlere, noen mot pasienter, og noen mot begge. Selv om fremgangsmåtene var ulik, mener vi betydningen av resultatene for pasienter med schizofreni og overføringsverdien til et sykepleieperspektiv er stor. Under hvert tema vil vi her presisere hvorfor og hvordan resultatene er av betydning både for pasientgruppen og sykepleiere.

Av de fire inkludert artiklene i vårt litteraturstudium, representerer ingen Norge. Dette betyr at pasienter og deltakere er bosatt eller oppvokst i andre land, noe som innebærer andre lover, rettigheter, verdier, skikker og kulturer. For vår rapport vil dette være viktig å presisere, og ikke minst diskutere, da dette er grunnleggende faktorer som påvirker enkeltindivider spesielt og samfunnet generelt. Gjennom våre tre år på bachelorutdanning i sykepleie, har vi fått inngående kunnskap både teoretisk og praktisk om hvordan vi skal arbeide for å fremme brukermedvirkning hos pasienter, basert på norske lover og rettigheter. Dersom brukermedvirkning ikke er lovfestet i landene hvor studiene ble gjennomført, kan dette ha betydning for gjennomførelsen, men også for resultatene. Med det mener vi at det vil være rimelig å anta at flere pasienter og behandlere ikke har erfaring med brukermedvirkning i samme grad som for eksempel i Norge.

De inkluderte artiklene presenterer ikke data som sier noe om hvilken grad eller hvor tilfredsstillende implementeringen av brukermedvirkning har vært hos pasientgruppen. Dette kan ha hatt betydning for resultatene. Det er også relevant å ta i betraktning at flere av funnene er subjektive og selvrapporterte. Vi tenker derfor at resultatene bør tolkes med forsiktighet.

5.1.1 Tilfredshet og gjennomførelse av behandling

Funn fra inkluderte artikler viste at økt brukermedvirkning medførte økt tilfredshet rundt behandling hos pasienter som lider av schizofreni (Carrotte et al., 2020, s. 6; Fiorillo et al., 2020, s. 6; Hamann et al., 2020, s. 3-4). Disse funnene indikerer at brukermedvirkning er av betydning for denne pasientgruppen sin opplevelse av å være tilfreds med behandlingen de mottar. Dette kan bety at pasientene har fått respektert og tilrettelagt egne behov og ønsker. Sykepleiere har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 2000, §4; Norsk sykepleierforbund, 2019), som vil si at det gjennom behandling og sykepleie skal gis ytelse som er nødvendig for å oppleve omsorg. Dersom en kan kultivere økt tilfredshet gjennom å fremme brukermedvirkning hos denne pasientgruppen, kan det anses som utøvelse av omsorgsfullhjelp.

Videre viser resultatene fra de inkluderte artiklene at brukermedvirkning kan øke sannsynligheten for gjennomførelse av forskrevet medikamentell behandling hos pasienter med schizofreni (Fiorillo et al., 2020, s. 6-7; Hamann et al., 2020, s. 4). For pasienter som lider av schizofreni vil disse resultatene være av betydning da de er en pasientgruppe som har behov for medikamentbehandling i korte eller lengre perioder for å redusere symptomer eller som forebyggende behandling (Helsedirektoratet, 2013, s. 75-76). Sykepleiere har ansvar for å utøve praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). På bakgrunn av den mulige positive effekten av brukermedvirkning på gjennomførelse av forskrevet medikamentell behandling, og medikamentenes hensikt, kan det å fremme brukermedvirkning være et steg i riktig retning mot god sykepleiepraksis for denne pasientgruppen.

5.1.2 Terapeutisk allianse

Funn viste at brukermedvirkning kan ha en positiv effekt på det terapeutiske forholdet mellom pasient og behandler (Fiorillo et al., 2020, s. 5; Hamann et al., 2020, s. 3; Stovell et al., 2016, s. 26-27), konflikthåndtering og behandlerens sin interaksjonsstil (Fiorillo et al., 2020, s. 8). En god relasjon mellom pasient og fagperson er ifølge Helsedirektoratet (2013, s. 28-29) en forutsetning for god utredning, behandling, utfall av behandling og oppfølging. På tross av at funnene omhandler forholdet mellom pasient og behandler, mener vi det har overføringsverdi til relasjonen mellom pasient og sykepleier. Sykepleiere kan anses som et

bindeledd mellom pasient og behandler, og har som oppgave å underbygge og opprettholde en god relasjon for at pasienten skal kunne være åpen om sine utfordringer og behov (Bjørnstad & Ververda, 2018). Med denne påstanden i bakhode kan brukermedvirkning fremme en god relasjon, og vice versa.

Fravær av brukermedvirkning viste seg i andre enden å redusere pasienter sin tillit til helsepersonell og det psykiske helsevesenet (Carrotte et al., 2020, s. 6). Disse resultatene kan være av betydning både for pasienter som lider av schizofreni og sykepleier da det vil være vanskelig å danne en god terapeutisk relasjon uten tillit til stede. Redusert tillit til sykepleier kan også være av betydning da det kan medføre at pasientene ikke stoler på informasjonen som gis, som igjen kan begrense deres mulighet til å ta informerte valg (Hummelvoll, 2014, s. 103).

5.1.3 Autonomi og empowerment

Brukermedvirkning kan ha en positiv betydning for pasienter med schizofreni sin følelse av autonomi (Carrotte et al., 2020, s. 3; Stovell et al., 2016, s. 27) og empowerment (Stovell et al., 2016, s. 27). Dersom brukermedvirkning derimot var fraværende, opplevde pasientene at følelsen av autonomi ble negativt påvirket (Carrotte et al., 2020, s. 6). Sykepleien og behandlingen pasientene mottar skal bygge på respekt for deres rett til autonomi (Hummelvoll, 2014, s. 85), derfor vil det at brukermedvirkning øker følelsen av autonomi være et viktig funn. Økt empowerment vil være av positiv betydning for pasienten, da Hummelvoll (2014, s. 596) påpeker at dette kan fremme målrettede handlinger for å forbedre egen livssituasjon. For at brukermedvirkning skal fungere i tråd med målsettingen, må pasientene oppleve at deres erfaringskompetanse blir tatt på alvor (Helsedirektoratet, 2013, s. 22). Når pasienter med schizofreni følte at deres meninger og erfaringer ble sett på som ressurser, opplevde de økt kontroll over egen behandling (Carrotte et al., 2020, s. 6).

Funn viste at brukermedvirkning kan øke pasientene sitt ønske om aktiv deltakelse (Fiorillo et al., 2020, s. 8), opplevelse av involvering (Hamann et al., 2020, s. 3) og grad av involvering i egen behandling (Stovell et al., 2016, s. 27). Dette kan være positive funn for denne pasientgruppen, da de ofte opplever symptomer som passivitet, initiativløshet og manglende interesse (Dansk Lægemiddel Information A/S & Felleskatologen AS, 2019).

Funnene støtter også teori som bekrefter pasientgruppens evne til å delta i beslutninger (Roberts et al.; Bunn et al.; Hamann et al., referert i James & Quirk, 2017, s. 158). Denne kunnskapen kan være nyttig for sykepleiere, da det kan forhindre utnyttelse av pasienters sårbarhet, og dermed fremme praksis som er i tråd med sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019).

5.1.4 Livskvalitet og personlig velvære

Under innleggelse viser funn at brukermedvirkning kan være av positiv betydning for pasienter med schizofreni sin livskvalitet (Carrotte et al., 2020, s. 6; Fiorillo et al., 2020, s. 4). Økt livskvalitet kan anses å være en viktig beskyttelsesfaktor mot psykiske plager og sykdom (Folkehelseinstituttet, 2019). Presentert teori sier at pasienter med schizofreni kan oppleve redusert livskvalitet som følge av symptomer og vansker med å opprettholde et tidligere normalt liv (Bjørnstad & Ververda, 2018). Resultatene kan tyde på at økt brukermedvirkning vil være en fungerende metode for å fremme livskvalitet hos denne pasientgruppen. Etter utskrivelse ble det ikke gjort funn som tydet på vedvarende økt livskvalitet (Hamann et al., 2020, s. 4). En mulig forklaring kan være at behandler i de kommunale tjenestene ikke fikk den samme opplæringen i brukermedvirkning som ble gitt i forbindelse med studien på sykehuset (Hamann et al., 2020, s. 6). Det kan derfor stilles spørsmål ved om brukermedvirkning har vært fraværende eller utilstrekkelig etter utskrivelse.

Videre kan funn tyde på at brukermedvirkning har en positiv betydning for pasienter som lider av schizofreni når det gjelder personlig velvære, selvstigmatisering og selvtillit (Carrotte et al., 2020, s. 3; Fiorillo et al., 2020, s. 4). Selvstigmatisering kan medføre negative konsekvenser for pasientgruppen, som skam, skyldfølelse, eller at de gir opp egen situasjon (Psykiatrifonden, u.å.). Økt selvtillit kan derimot øke pasientens tro på å mestre egen livssituasjon (Hummelvoll, 2014, s. 78). Ved at sykepleier fremmer brukermedvirkning for pasienten kan det øke deres tro på egne evner og ressurser, og i tillegg redusere selvstigmatisering, med mulige påfølgende negative konsekvenser.

5.1.5 Bedringsprosess

Resultater indikerer at brukermedvirkning kan være av positiv betydning for pasienter med schizofreni sin bedringsprosess (Carrotte, et al., 2020, s. 6; Fiorillo et al., 2020, s. 9). Disse

resultatene støtter teori som sier at brukermedvirkning er en sentral og viktig faktor for bedring (Hummelvoll, 2014, s. 67-68), og en positiv bidragsyter i bedringsprosessen (Helsedirektoratet, 2017).

Det ble ikke sett noen effekt av brukermedvirkning når det gjaldt pasientenes evne til å møte varierende livsproblemer (Fiorillo et al., 2020, s. 3; Hamann et al., 2020, s. 4), symptomenes alvorlighetsgrad, behandlingsrespons, effekt av behandling eller antall reinnleggelser (Hamann et al., 2020, s. 4). Disse funnene synes å være motstridende til de positive funnene relatert til pasientenes bedringsprosess. En mulig forklaring på de motstridende funnene kan være at bedringsprosess, ifølge Hummelvoll (2014, s. 57) er en individuell opplevelse.

5.1.6 Tvang

Selv om Stovell et al. (2020) var den eneste av de inkluderte artiklene som presenterte funn omhandlende tvang, valgte vi å gi dem plass som følge av at de fremkom i en systematisk oversikt. Ifølge funnene kan brukermedvirkning redusere bruken av tvang i fremtidig behandling (Stovell et al., 2016, s. 27). Dette kan være av positiv betydning for pasientene, da tvang kan oppleves som et overgrep og angrep på ens personlige integritet og representere en traumatisk opplevelse for pasienten (Hummelvoll, 2004, s. 499). Dersom sykepleier har et økt fokus på å fremme brukermedvirkning kan det, ifølge disse funnene, med større sannsynlighet redusere bruk av tvang. En slik praksis vil også være i tråd med sykepleiers yrkesetiske retningslinjer som sier at sykepleiere skal beskytte pasienten mot krenkende handling, som unødvendig rettighetsbegrensing og tvang (Norsk sykepleierforbund, 2019).

5.2 Implementering i praksis

Selv om implementering av brukermedvirkning kan virke enkelt å gjennomføre, er det ifølge Helsedirektoratet (2013, s. 22) ikke alltid like lett å gjøre til en praktisk realitet.

Utfordringene kan skyldes dårlig informasjon og kunnskap om psykoselidelse hos helsepersonell, helsepersonell som antar de vet pasientens beste, eller at pasienten selv ikke er klar over egne muligheter og rettigheter (Carrotte et al., 2020, s. 6). Med disse funnene tatt i betraktning vil vi videre presentere tiltak som kan implementeres av blant annet

sykepleiere, for å fremme brukermedvirkning hos pasienter med schizofreni innlagt i psykiatrisk sykehus.

Sykepleiere bør informere pasientene om rettighetene og mulighetene de har under behandlingen. Dette vil være viktig for å bidra til å fremme brukermedvirkning hos pasientene (Helsedirektoratet, 2015). Den nasjonale faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse skriver at sykepleiere skal legge til rette for god kommunikasjon, samt sørge for å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at denne er mottatt og forstått (Helsedirektoratet, 2013, s. 24). Informasjonen bør omhandle hvordan helsetjenesten fungerer, tilgjengelige tilbud, fagpersoners vurderinger og forslag til behandling og/eller annen oppfølging, i tillegg til kunnskap rundt lidelsen. Det er en fordel om informasjonen gis i dialogsituasjon, slik at pasienten har mulighet til å stille spørsmål og uttrykke egne ønsker, behov og forslag. Det kan være nødvendig at sykepleier gjentar informasjon for pasienten gjennom behandlingsforløpet. (Helsedirektoratet, 2013, s. 24)

Kunnskap, opplæring og veiledning av helsepersonell er nødvendig for at brukermedvirkning skal kunne være mulig for pasienter med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013, s. 22). Gjennom undervisning om schizofreni og psykoselidelser kan sykepleier få økt kunnskap om lidelsen. Dersom en gjennom undervisning tilegner seg kunnskap om denne pasientgruppens evne og ønske om å delta i beslutninger, kan dette bidra til å begrense tilfeller hvor sykepleiere tar valg på vegne av pasienten. Det kan være en fordel å gi undervisning til sykepleiere om hvordan videreformidle tilegnet fag- og erfaringskunnskap til pasienter med schizofreni på en hensiktsmessig måte. Dette vil trolig kunne bidra til at pasienten kan ta informerte beslutninger basert på både fagkunnskap og egne, men også sykepleieres, erfaringer.

Fiorillo et al. (2020, s. 9) foreslår bruk av spørreskjema hvor pasientene kan uttrykke sine meninger og tanker, eventuelt preferanser når det gjelder behandlingen før de møter behandler. Det gir pasientene mulighet til å uttrykke seg om egne ønsker og behov uten

påvirkning fra helsepersonell. En slik tilnærming kan være et godt forslag for å kunne basere behandlingen og oppfølgingen på pasientens valg og prioriteringer, noe som også vil være i tråd med anbefalinger fra de Nasjonale retningslinjer for psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013, s. 22). Samtidig kan de nevnte tiltakene by på utfordringer da det ikke er sikkert alle ønsker kan innfris på grunn av forsvarlighet og nødvendig behandling, noe som igjen kan medføre frustrasjon hos pasientene.

Når vi nå har beskrevet ulike eksempler på hvordan sykepleiere kan arbeide for å fremme brukermedvirkning til pasienter med schizofreni, samt de gode fordelene som medfølger, er det likevel viktig å huske at en må lytte til pasientens ønsker og behov. Som sykepleier skal man respektere pasientens rett til selv å foreta valg, og dermed også deres rett til å frasi seg sin selvbestemmelse (Norsk sykepleieforbund, 2019).

5.3 Metodediskusjon

I metodedelen forklarte vi hvordan og hvorfor vi endret problemstilling. Ettersom det ble gjort en endring på bakgrunn av funn i våre eksplorerende søk, kan dette ha begrenset kreativiteten i oppgaven. Med det mener vi at vår nye problemstilling kan ha blitt farget av andres vinklinger, meninger og tolkninger.

Videre hadde oppgaven begrensninger når det gjaldt ord og tid. Dette medførte en begrensning for hvor mye forskning vi hadde mulighet til å inkludere. Vi gjorde søk i flere ulike databaser og valgte de vi mente var mest relevante for vår problemstilling. Vår vurdering av hvilke databaser som er mest relevante er begrenset av lite erfaring med forskning og databaser.

For å finne relevante søkeord benyttet vi Google Scholar, Oria, MeSH og oss selv. Vi kan likevel ha gått glipp av gode søkeord, som kan ha medført tap av relevant forskning. Tross dette regner vi med at de benyttede søkeordene er relevante og dekkende. Den gjennomførte prosessen og den systematiske kombinasjonen av søkeordene ble gjort etter beste evne, noe som bidro til at søkene ble så dekkende som mulig.

Vi hadde satt inklusjons- og eksklusjonskriterier opp mot vår problemstilling for å finne relevant forskning. Disse har bidratt til å spisse oppgaven og gjøre den konsentrert om en konkret pasientgruppe. Det å begrense utvalget styrker vår oppgave i den forstand at man i større grad kan gjøre sammenligninger mellom resultater. Ulempen med slike kriterier er at relevant, eventuell overførbar, forskning kan gå tapt.

Vi valgte å begrense publikasjonsdatoen fra 2016-2021. Dette har sikret at oppgavens innhold er så oppdatert som mulig, men det kan samtidig ha ført til at vi har mistet relevant forskning. Den systematiske oversiktsartikkelen fra Stovell et al. (2016) hadde gjennomgått forskningen fra 2013 til 2015, noe som betyr at vi har fått med et litt bredere tidsspenn av forskning.

Utgangspunktet for gruppen vi ønsket å undersøke var innlagte pasienter over 18 år, diagnostisert med schizofreni. Noen av de inkluderte artiklene i oppgaven treffer ikke kriteriene hundre prosent når det gjelder utvalget. Grunnen til at vi likevel har valgt å inkludere dem, er at over halvparten av pasientene som deltok falt innenfor kriteriene, samtidig som det var vanskelig å finne forskning som overholdt alle satte kriterier. Dette kan ha medført skjevheter i resultatene. Selv om majoriteten av utvalget i artiklene er innenfor våre kriterier, kan det føre til at noen av funnene bør tolkes med forsiktighet. Fordelen med at det i noen av artiklene også er inkludert andre pasientgrupper er at disse resultatene kan ha overføringsverdi til en større andel personer.

Stovell et al. (2016) og Carrotte et al. (2020) har sett på psykoselidelser generelt. Vi har likevel valgt å inkludere disse da et av inklusjonskriteriene deres var at over halvparten av deltakerne i studien måtte være diagnostisert med schizofreni. En stor andel av deltakerne i studien til Carrotte et al. (2020) var pårørende av personer med psykoselidelser. Til tross for dette valgte vi å inkludere artikkelen, men vi har kun fokusert på funnene som omhandlet personer med levd erfaring av psykoselidelser.

Som presentert i metodedelen og flytskjemaet (vedlegg 2), har vi ikke fått veldig mange treff. Vi har diskutert om vi muligens burde nyttet andre søkeord eller andre databaser, eller

gjort søkene på en annen måte. Likevel har vi nyttet verktøyene databasene har for å få så konkrete søk som mulig, og velger derfor å tro at vi har fått de mest relevante artiklene blant våre treff.

Det var kun artikler skrevet på engelsk som ble gjennomgått. Svakheten med dette er at relevant forskning skrevet på andre språk kan ha gått tapt. Vår oversettelse av engelskspråklige ord og uttrykk kan ha medført mistolkninger, noe som kan være en begrensning i vår oppgave. Språket kan også ha ført til misforståelse av innholdet i artiklene. Likevel har vi grunn for å tro at vi mestrer språket tilstrekkelig til at mistolkninger ikke har skjedd.

Oppgavens inkluderte artikler har brukt flere ulike forskningsmetoder, deriblant kvantitativ og kvalitativ metode. Fordelen med dette er at resultatene kan belyse problemstillingen gjennom flere aspekter. Samtidig vil det være utfordrende å sammenligne resultatene, særlig uten riktige/anvendbare verktøyer. Vår begrensede kunnskap om forskning gjør at vi har brukt oss selv som verktøy når vi har satt resultatene opp mot hverandre. Dermed vil vår tillærte kunnskap, holdninger og verdier ligge til grunn for våre tolkninger av resultatene, som igjen kan ha begrenset kvaliteten av våre funn.

Gjennom vår kritiske vurdering ble artiklene som nevnt vurdert som forskning av god kvalitet. Dette ser vi på som en styrke i vår oppgave. Likevel kan vår begrensede kunnskap angående forskning, samt at flere av artiklene var engelskspråklige, ha ført til at vi har gjort mindre gode vurderinger knyttet til den kritiske vurderingen.

Som nevnt ble alle treff gjennomgått av to personer, Vi har vært to om oppgaven, noe som har ført til mange gode diskusjoner, refleksjoner og synspunkter gjennomgående i prosessen. Begge har fått uttalt seg før beslutninger omhandlende oppgaven er tatt. I tillegg har vi fått flere veiledninger på oppgaven, noe som også har bidratt til andre, nye perspektiver på oppgaven. Alt dette har trolig vært med på å styrke oppgaven vår.

6.0 Konklusjon

Problemstillingen vi ønsket å belyse og besvare gjennom oppgaven var: *Hvilken betydning har brukermedvirkning for voksne pasienter med schizofreni innlagt i psykiatrisk sykehus?*

Forskning presentert i oppgaven har vist at brukermedvirkning har betydning for flere aspekter i livet til pasienter med schizofreni innlagt i psykiatrisk sykehus. Brukermedvirkning ser blant annet ut til å øke deres tilfredshet ved og gjennomføring av behandling, bedre deres terapeutiske forhold til behandler og sykepleiere og øke deres følelse av autonomi og empowerment. Det ser også ut til å kunne bidra til økt livskvalitet. Brukermedvirkning kan også være et positivt bidrag i bedringsprosessen til denne pasientgruppen. De tydelige funnene om brukermedvirkning sin positive effekt viser viktigheten av brukermedvirkning, også hos en pasientgruppe hvor deres mentale funksjon kan være redusert. Funnene uten signifikant effekt, og andre motstridende funn gir en forståelse av menneskenes individuelle forskjeller, og viser betydningen av individuell tilpasning av sykepleien.

I Norge er brukermedvirkning en pasientrettighet og behandler sin plikt. Dermed skal brukermedvirkning implementeres uansett resultater fra denne oppgaven. Sykepleiere er ansvarlige for å bidra til at pasienter opplever brukermedvirkning. Som følge av at brukermedvirkning kan være vanskelig å gjøre til en praktisk realitet vil kunnskap, opplæring og veiledning rundt schizofreni og andre psykoselidelser være nødvendig.

Gjennom vårt litteraturstudium har vi gjennomgått mye forskning rundt oppgavens tema. Med utgangspunkt i det vi har funnet mener vi det er behov for mer forskning på pasienter med schizofreni sine individuelle behov for brukermedvirkning.

7.0 Referanseliste

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*

(4. utg). Open University Press.

Bjørnstad, M. M. & Ververda, J. (2018, 2. mars). Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni. *Sykepleien*, (106). 10.4220/Sykepleiens.2018.65895

Braut, G. S. & Malt, U. (2019, 17. oktober). Psykiatrisk sykehus. I *Store Medisinske Leksikon* i Store Norske Leksikon. https://sml.snl.no/psykiatrisk_sykehus

Carrotte, E. R., Hartup, M. E., Lee-Bates, B. & Blanchard, M. (2020). "I think that everybody should be involved": What informs experiences of shared decision-making in supporting people living with schizophrenia spectrum disorders? *Patient Educ Couns.* <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.012>

Dansk lægemiddel information A/S & Felleskatalogen A/S. (2019, 24. april). *Schizofreni*. Felleskatalogen. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/schizofreni?markering=1>

Fiorillo, A., Barlati, S., Bellomo, A., Corrivetti, G., Nicolò, G., Sampogna, G., Stanga, V., Veltro, F., Maina, G. & Vita, A. (2020). The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. *Annals of general psychiatry*, 19 (1). <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00293-4>

Folkehelseinstituttet. (2015, 10. juni). *Om bipolar lidelse, schizofreni og personlighetsforstyrrelser*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/om-bipolar-lidelse-schizofreni-og-personlighetsforstyrrelser/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2006-06-30-56). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikkloven>

Grytten, E. Aa. (2013). *Brukermedvirkning i praksis: Lederes erfaring med brukermedvirkning i psykisk helsevern*/[Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38402/Grytten-Master-erfaringsbasert-helseadministrasjon.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hamann, J., Holzhüter, F., Blakaj, S., Becher, S., Haller, B., Landgrebe, M., Schmauß, M. & Heres, S. (2020). Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1-7. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000505>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket (2016, 7. juni). *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Kritisk vurdering*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet. (2013, juni). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (ISBN-nr. 978-82-8081-242-1).

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utdredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utdredning,%20behan](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utdredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utdredning,%20behan)

[dning%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](#)

Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon>

Helsedirektoratet. (2017, 17. oktober). *Brukermedvirkning*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsenorge. (2019, 21. juni). *Schizofreni*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni/>

Helsepersonelloven. (2000). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt* (6. utg.). Gyldendal.

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Gyldendal.

Høgskulen på Vestlandet. (2020). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)*. <https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>

James, K. & Quirk, A. (2017). The rationale for shared decision making in mental health care: a systematic review of academic discourse. *Mental health review journal*, 22 (3), 152-165. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0009>

Klausen, R. K. (2016, mars). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid (ISBN-nr. 978-82-8340-051-9). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2414959/Brukermedvirkning%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Langtvedt, N. J. & Hølen, J. (2010, 5. mai). *Forskningsansvarlig ihht helseforskningsloven.*

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/forskningsansvarlig-ihht-helseforskningsloven/>

Langtvedt, N. J. (2017, 11. oktober). *Forskningsetikkloven.*

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/forskningsetikkloven/>

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012).

Jobb kunnskapsbasert. Akribe.

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer.*

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-

07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Picchioni, M. M. & Murray, R. M. (2007). Schizophrenia. *BMJ*, 2007/335, 91-95.

<https://doi.org/10.1136/bmj.39227.616447.BE>

Psykiatrifonden. (u.å.). *Tabu og stigmatisering.*

<https://psykiatrifonden.dk/viden/temaer/tabu-stigmatisering#toc-selvstigmatisering>

Snoek, J. E. & Engedal K. (2017). *Psykiatri – for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.).

Cappelen Damm akademisk.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og*

helsetjenesten (IS-1162). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene->

[for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/ /attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf](#)

Stovell, D., Morrison, A. P., Panayiotou, M. & Hutton, P. (2016). Shared treatment decision making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 209(1): 23-28.
10.1192/bjp.bp.114.158931

Sønderland, K. (2009, 31. august). *Helseforskningsloven*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/loverretningslinjer/helseforskningsloven/>

8.0 Vedlegg

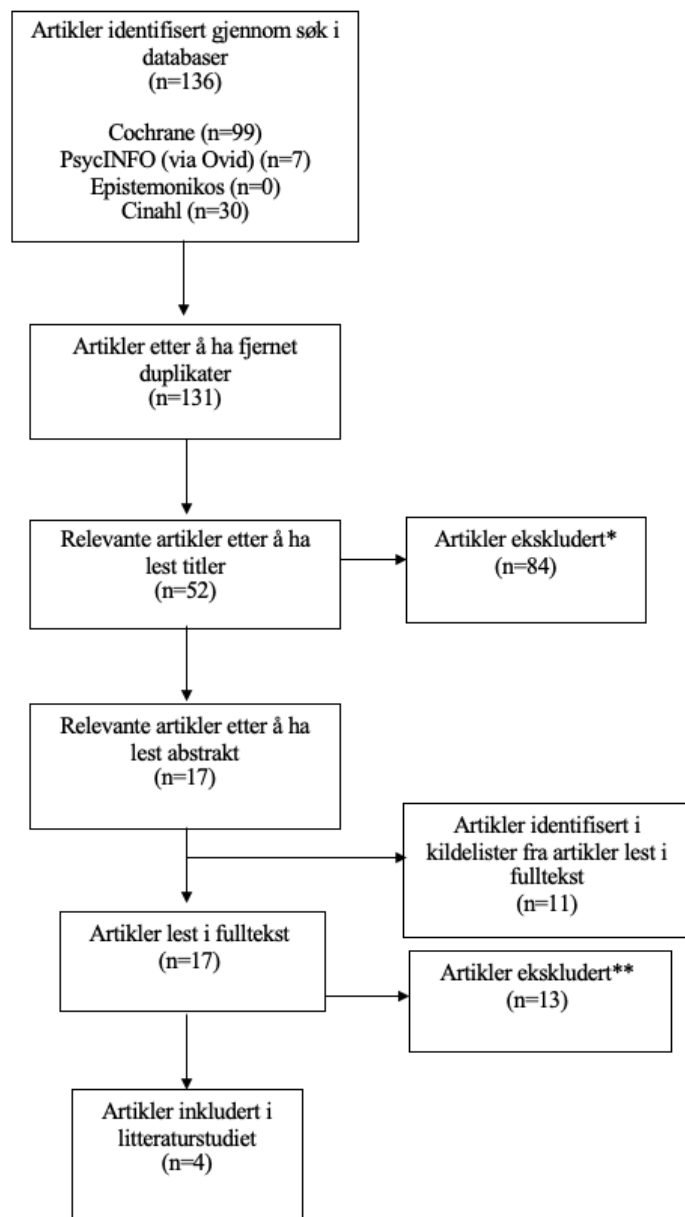
8.1 Vedlegg 1: PICO

Din problemformulering: <i>Hvilken betydning har brukermedvirkning for voksne pasienter med schizofreni innlagt i psykiatrisk sykehus?</i>	Type spørsmål: Effekt
---	---------------------------------

	P:	I:	C:	O:
Norsk formulering hentet fra problemstillingen	Innlagte pasienter med schizofreni (Voksne 19-44)	Brukermedvirkning		Utfall
MeSH ord	Schizofreni Schizophrenia Schizophrenic Disorder Inpatient	Decision making Pasientmedvirkning Patient participation Patient involvement		
CINAHL Uten begrensning (n=55) Med begrensning (n=30)	(MH "schizophrenia") OR "schizophrenia" (n=33,708) OR "schizophrenic disorder" (n=20,336) (n = 33,716)	(MH "Decision making, shared") OR "shared decision making" (n=6,543) OR (MH "Consumer participation") OR "patient participation" (n=21,767) OR "patient involvement" (n=1,566) (n = 28,082)		"outcome" (n=377,135) OR "effect" (n=468,193) OR "impact" (n=347,784) (n = 1,050,653)
Cochrane Uten begrensning (n=338)	«schizophrenia» (n=17,951) OR	"patient participation" (n=14,702) OR		"outcome" (n=516,473) OR

Med begrensning (n=99)	“schizophrenic disorder” (n=981) (n = 11,211)	“shared decision making” (n=2,189) OR «patient involvement» (n=7,691) (n = 19,103)	“effect” (n=527,063) OR “impact” (n=121,905) (n = 662,105)
Epistemonikos (n=0)	«Schizophrenia» OR “schizophrenic disorder” (n=9,539)	“Shared decision making” OR “Patient participation” OR “patient involvement” (n=1,084)	«outcome» OR «impact» OR «effect» (n=600,019)
PsychINFO Uten begrensning (n=18) Med begrensning (n=7)	«schizophrenia» OR «schizophrenic disorder» (n=76,772) «inpatient» OR «hospitalized patients» (n=36,324)	«shared decision making» OR «patient involvement» OR “patient participation” OR “client participation” OR “decision making” (n=120,716)	“outcome” OR “patient reported outcome measures” OR “effect” OR “impact” (n=1,528,539)
Tekstord	Hospitalized patient	Shared decision making Decision making, shared	Outcome Effect Impact Outcome measures

8.2 Vedlegg 2: Flytskjema



*Begrunnelse for eksklusjon etter å ha lest abstrakt:

- Ikke relevant for problemstilling
- Møter ikke våre inklusjonskriterier

**Begrunnelse for eksklusjon etter å ha lest fulltekst:

- Ikke relevant for problemstilling
- Møter ikke våre inklusjonskriterier
- Var med i oversiktsartikkel
- Vurdert ikke faglig god
- Fant ikke fulltekst

8.3 Vedlegg 3: Samleskjema

Tittel, forfattere, (årstall), (land)	1. Metode 2. Utvalg	Hensikt	Funn relatert til hensikten med studien	Forfatterens konklusjon	Begrunnelse for inklusjon
<p>Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis</p> <p>Stovell, D., Morrison, A. P., Panayiotou, M. & Hutton, P., (2016), (UK)</p>	<p>1. Systematisk oversikt med meta-analyse</p> <p>2. 11 RCT studier</p> <p>Psykoselidelser, over halvparten diagnostisert med schizofreni</p> <p>Ingen begrensninger i forhold til kjønn, alder eller hvor i forløpet sykdommen var.</p>	<p>Undersøke om det å fremme brukermidvirkning kan bedre behandlingsrelatert myndiggjøring (empowerment) hos pasienter med psykoselidelser (vurdert av deltakerne og indekser av objektive mål).</p>	<p>Primære utfall: Behandlingsrelatert myndiggjøring (empowerment) – liten signifikant effekt av brukermidvirkning på indekser av subjektiv myndiggjøring (6 RCT studier). Kvaliteten av funnene ble vurdert som lav av forfatterne og etter en sensitiv analyse var effekten mindre. Oppfølgingsdata (2 RCT studier): den ene så stor effekt etter seks måneder, den andre fant ingen signifikant effekt etter utskrivelse.</p> <p>Tvang – trend som tydet på at brukermidvirkning i planlegging av fremtidig behandling reduserte sannsynligheten for bruk av tvang (3 RCT studier)</p> <p>Sekundære utfall: Forhold til behandler – ingen signifikant effekt av brukermidvirkning på pasient eller observatør vurdert forhold til behandler (8 RCT studier) Liten signifikant effekt etter sensitiv analyse.</p>	<p>Brukermidvirkning ser ut til å ha små positive effekter på behandlingsrelatert myndiggjøring (empowerment) hos personer med psykoselidelser, men det er behov for mer direkte resultater.</p>	<p>Studien var relevant og dekkende for vår problemstilling.</p> <p>Systematisk oversiktsartikkel med meta-analyse hvor det er samlet resultater fra flere ulike aspekter som er av betydning for pasienter med psykoselidelse.</p> <p>Studien ble inkludert på tross av at den ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Kun 50% av deltakerne måtte være diagnostisert med schizofreni, og det var ingen begrensning på alder.</p> <p>Etter kritisk vurdering av artikkelen vurderte vi denne som god.</p>
<p>The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review</p> <p>Fiorillo, A., Barlati, S., Bellomo, A., Corrivetti, G., Nicolò, G., Sampogna, G., Stanga, V., Veltro, F., Maina, G. & Vita, A., (2020), (Italia)</p>	<p>1. Klinisk oversikt (narrative metode)</p> <p>2. 8 studier (5 RCT studier, 2 kvasiekperimentelle studier, 1 pilotstudie)</p> <p>Engelskspråklige artikler publisert mellom 2009 og 2019 i fagfelleverderte tidsskrift</p> <p>Deltakere: Alder: 16-65 år Diagnoser: over 50% diagnostiser med schizofreni</p>	<p>Gi en oppdatering på intervensjoner som fremmer brukermidvirkning i rutinebehandling av pasienter som lider av schizofreni, i tillegg til å diskutere hvordan økt brukermidvirkning påvirker overholdelse av medikamenter hos denne pasientgruppen</p>	<p>Web-basert applikasjon med hensikt om å fremme engasjement i behandling og overholdelse av medikamenter gav høyere engasjement og overholdelse.</p> <p>Ukentlig trening i brukermidvirkning med fokus på evaluering av opplevelser av behandling og samarbeid om å lage pleieplan, førte til høyere grad av tilfredshet med behandling, men viste ingen forskjell i holdninger rundt medikamenter, behandlingsfortsettelse eller pasienters evne til å møte varierende livsproblemer.</p> <p>Fem økter med fokus på pasienters brukermidvirkningskompetanse, økte pasientenes deltakelsespreferanser og gav et større ønske om å ha mer ansvar, men viste ingen forskjell på overholdelse av medikamenter etter seks og tolv måneder.</p> <p>Undervisning for behandlere om brukermidvirkning og forståelse av pasienter, førte til forbedret</p>	<p>Artikkelen har ingen definert konklusjon, men forfatterne skriver: Basert på resultatene fra de åtte inkluderte studiene ser intervensjoner som fokuserer på å fremme bruk av brukermidvirkning lovende ut. Men resultatene er innledende og kun korttidseffekter av disse intervensjonene har blitt bekreftet.</p>	<p>Artikkelen har inkludert studier som har undersøkt intervensjoner for pasienter i og utenfor institusjon i tillegg til pårørende. Likevel valgte vi å inkludere artikkelens funn da de var relevante for vår problemstilling, og det var mulig å identifisere hvilke funn som var i samsvar med våre inklusjonskriterier.</p> <p>Etter kritisk vurdering av artikkelen vurderte vi denne som god.</p>

			<p>terapeutisk allianse, ifølge både pasienter og behandlere.</p> <p>Undervisning for brukere, psykiatere og koordinatører med fokus på prosessen av brukermedvirkning resulterte i forbedret konflikthåndtering og pasienters opplevelse av behandlernes interaksjonsstil. I tillegg gav det en positiv effekt på selvtillit til å utforske medikamenter.</p> <p>Undervisning om viktigheten av brukermedvirkning med motiverende aspekter og bruk av rollespill, førte til høyere deltakelsespreferanser og økte pasientenes ønske om å ha mer ansvar i behandling, noe som vedvarte til oppfølging 6 måneder senere.</p> <p>Undervisning med utgangspunkt i retningslinjer for brukermedvirkning resulterte i bedre selvfølelse, problemløsningsevne og økt livskvalitet</p>		
<p>Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS)</p> <p>Hamann, J., Holzhüter, F., Blakaj, S., Becher, S., Haller, B., Landgrebe, M., Schmauß, M. & Heres, S., (2020), (Tyskland)</p>	<p>1. RCT-studie</p> <p>2. n = 322 (161 i intervensjonsgruppe, 161 i kontrollgruppe)</p> <p>Personer diagnostisert med schizofreni, schizoaffektiv lidelse.</p> <p>Alder: 18-65 år</p>	<p>Evaluerer hvordan SDM-PLUS* virker på mønster i brukermedvirkning mellom psykiatere og pasienter med schizofreni.</p> <p>*SDM-PLUS = modell laget for både pasienter og helsepersonell innen psykisk helsevern, hvor målet er å implementere/fremme brukermedvirkning hos akutt syke pasienter</p>	<p>SDM-PLUS (intervensjonen) viste høyere opplevelse av involvering i beslutningstaking, bedring i terapeutisk allianse, behandlingstilfredshet og overholdelse av medikamenter i løpet av oppholdet.</p> <p>Det var ingen signifikant bedring når det gjaldt overholdelse av behandling/medikament, livskvalitet og reinnleggelse ved oppfølging etter seks og tolv måneder.</p>	<p>SDM-PLUS studien har vist at adopsjon av atferdsmessige tilnærminger for brukermedvirkning kan være en vellykket implementering i mental helse. Forfatterne anbefaler strategier for å sikre at effektene av SDM-PLUS ikke går tapt i overgangen mellom sykehusopphold og utskrivelse.</p> <p>Å lære atferdsmessige tilnærming/trening for brukermedvirkning kan føre til suksessfull implementering i psykisk helsevern. Ifølge studien kan denne implementeringen medføre positive endringer hos pasient og når det gjelder behandlingen.</p>	<p>Studien ble inkludert da vi så den som relevant for vår problemstilling, i tillegg til at den oppfylte våre inklusjonskriterier.</p> <p>Etter kritisk vurdering av artikkelen vurderte vi denne som god.</p>

<p>"I think everybody should be involved": What informs experiences of shared decision-making in supporting people living with schizophrenia spectrum disorders?</p> <p>Carrotte, E. R., Hartup, M. E., Lee-Bates, B. & Blanchard, M., (2020), (Australia)</p>	<p>1. Tverrsnittstudie</p> <p>2. n=195 (78 hadde en psykoselidelse, 47 av disse hadde schizofreni. Resterende var pårørende av personer med psykoselidelser)</p> <p>Alder: 18 år eller eldre</p>	<p>Identifisere faktorer for tilretteleggelse og barriere knyttet til brukermidvirkning.</p> <p>Å forstå forholdet mellom brukermidvirkning, personlig velvære og behandlingstilfredshet.</p> <p>Å forstå involvering og synspunkter fra pårørende med hensyn til brukermidvirkning.</p>	<p>Indikasjon om at høyere personlig velvære og høyere behandlingstilfredshet var signifikant relatert til høyere grad av brukermidvirkning. Brukermidvirkning er assosiert med behandlingstilfredshet og personlig velvære hos personer med psykoselidelser.</p> <p>Generelt rapporterte deltakere at på tross av ønske om å delta i beslutningsprosesser, ble de ikke involvert siden helsepersonell antok pasienten selv ikke hadde kapasitet til dette.</p> <p>Mangel på brukermidvirkning skyldes flere faktorer, blant annet dårlig informasjon rundt pasientenes rettigheter, helsepersonell er feilinformert når det gjelder psykoselidelser eller at de antar de vet det beste for pasienten.</p> <p>For å forbedre brukermidvirkning fant de at en må redusere stigma og diskriminering rundt psykoselidelser, balansere makten ved konsultasjoner øke kunnskapen og undervisning rundt temaet.</p>	<p>Brukermidvirkning er assosiert med behandlingstilfredshet og personlig velvære blant mennesker som lever med diagnose innenfor schizofreni spekteret. Men brukermidvirkning kan være vanskelig å implementere på grunn av en rekke utfordringer.</p>	<p>Studien ble inkludert på tross av at den presenterte resultater fra både pasienter og omsorgspersoner. Over halvparten av pasientene som deltok var diagnostisert med schizofreni, og det var mulig å hente ut resultater som kun gjaldt pasienter.</p> <p>Etter kritisk vurdering av artikkelen vurderte vi denne som god.</p>
--	--	--	---	---	--