



# BACHELOROPPGÅVE

Korleis fremme brukarmedverknad innan  
psykisk helsevern?

How to promote patient participation in mental health  
care?

Kandidatnummer 202

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 09. desember 2021

# SAMANDRAG

**Tittel:** Korleis fremme brukarmedverknad innan psykisk helsevern?

**Bakgrunn for val av tema:** Eg synest psykiatripraksisen min var veldig spennande, noko som gjorde meg meir interessert i den pasientgruppa. I tillegg viser pensumlitteratur til at relasjonskompetanse er viktig når ein møter pasientar, og at opplæringstiltak er effektivt for å fremme brukarmedverknad. Det resulterte i at eg ville sjå på samanhengen mellom kommunikasjon, auka pasientkunnskap og brukarmedverknad.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiarar fremme brukarmedverknad blant personar med psykisk lidning?

**Metode:** Litteraturstudie med gjennomgang og presentasjon av eksisterande litteratur knytt til problemstillinga.

**Funn og konklusjon:** Brukarmedverknad er viktig innan psykisk helsevern, men det er eit behov for å auke graden av medverknad. Korleis sjukepleiaren kommuniserer med pasienten er avgjerande for forholdet mellom partane, og ein god relasjon kan difor bidra til auka grad av brukarmedverknad. I tillegg indikerer litteraturen at opplæringstiltak gir pasientane auka kunnskap, slik at dei i større grad kan medverke i eiga behandling.

**Nøkkelord:** psykiatrisk pasient, informasjon, kommunikasjon, sjukepleiar, brukarmedverknad

# ABSTRACT

**Title:** How to promote patient participation in mental health care?

**Background for choice of topic:** I think my psychiatric internship was very exciting, which made me want to learn more about that group of patients. In addition, syllabus literature indicates that relational competence is important when meeting patients, and that educational interventions effectively promote patient participation. As a result, I wanted to learn more about the connection between communication, increased patient knowledge and patient participation.

**Research question:** How can nurses promote patient participation among people who suffer from mental illness?

**Method:** Literature study with review and presentation of existing literature relating the research question.

**Findings and conclusion:** Patient participation is important in mental health care, but there is a need to increase the amount of participation. How the nurse communicates with patients is vital for the professional relationship, and a good relationship can therefore contribute to an increased degree of patient participation. Additionally, syllabus literature indicates that educational interventions provide patients with increased knowledge, which enables them to participate to a greater extent in their own treatment.

**Keywords:** psychiatric patient, information, communication, nurse, patient participation

# Innholdsliste

1 Innleiing .....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	2
2 Problemstilling.....	2
2.1 Presiseringar og avgrensingar .....	2
3 Teori.....	3
3.1 Brukarmedverknad .....	3
3.2 Lovverk.....	4
3.3 Yrkesetiske retningslinjer .....	4
3.4 Politisk synsvinkel .....	4
3.5 Teoretikarar om møtet med «den andre».....	5
3.5.1 Kari Martinsen .....	5
3.5.2 Knud Ejler Løgstrup.....	5
3.6 Kommunikasjon .....	6
3.6.1 Kva er kommunikasjon? .....	6
3.6.2 Å etablere ein god relasjon.....	6
3.6.3 Nonverbal kommunikasjon.....	7
3.6.4 Kommunikasjon med personar med psykiske lidingar.....	8
3.7 Å auke pasientkunnskapen .....	8
3.7.1 Samval.....	8

3.7.2 Korleis informere pasienten? .....	8
3.7.3 Kva bør ein informere om? .....	9
4 Metode .....	9
4.1 Kvalitativ- og kvantitativ metode .....	9
4.2 Litteraturstudie .....	10
4.3 Søk etter litteratur .....	10
4.3.1 Forskingslitteratur .....	10
4.3.2 Anna litteratur .....	12
4.4 Kjeldekritikk.....	12
4.4.1 Styrker ved oppgåva .....	12
4.4.2 Svakheiter ved oppgåva.....	13
5 Funn.....	14
5.1 Syntese av forskning .....	14
6 Drøfting.....	17
6.1 Kva dannar grunnlaget for brukarmedverknad? .....	17
6.2 Kommunikasjon – eit middel for å nå målet?.....	20
6.3 Kunnskap = makt? .....	22
7 Konklusjon .....	25
Litteraturliste.....	27

Vedlegg:

1 PICO-skjema

2.1 Litteratursøk - CINAHL

2.2 Litteratursøk - MEDLINE

2.3 Litteratursøk - Academic Search Elite

3 Litteraturmatrise

# 1 Innleiing

I følgje De Forente Nasjoner (FN) si verdserklæring for menneskerettar har alle menneske ein overordna rett til autonomi og sjølvbestemming, noko Noreg forpliktar seg til gjennom ratifisering av menneskerettane (De Forente Nasjoner [FN], 2020, pkt. 12; FN-sambandet, u.å., pkt. 3). Innanfor helse- og omsorgstenestene har brukarar fått ein lovfesta rett til medverknad, samstundes som tenestene har plikt til å involvere brukaren (Helseforetaksloven, 2001, § 35; Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dei fire prinsipp sin etikk presiserer at autonomi er viktig for å løyse medisinsk-etiske spørsmål (Brinchmann, 2016, s. 83-84). Vidare omtalar Meld. St. 11 ((2015-2016), s. 12-13) og Meld. St. 16 ((2010-2011), s. 85) brukarmedverknad, og det blir vist til at ein ynskjer at brukarar skal få påverke i alt som omhandlar dei, men at for å oppnå det treng ein ei jamnare fordeling av medverknaden mellom samfunns-, politisk- og individnivå. I 2017 rapporterte Ose og Kaspersen (s. 81) at brukarar i større grad plar få medverke på systemnivå enn på individnivå.

Grunnleggaren av moderne sjukepleie, Florence Nightingale (2010, s. 270), argumenterer for at sjukepleiarar må sjå heile pasienten, både sinn og kropp, for å finne rett veg til betring. Det betyr at alle pasientar har individuelle reaksjonar på utfordringar i livet, som krev at sjukepleiaren må prøve å forstå kvar enkelt pasient. Den norske sjukepleiaren og filosofen Kari Martinsen (2005, s. 164), hevdar at for å vere ein fagleg dyktig sjukepleiar må ein kunne kombinere fagkunnskap med sensitivitet for den andre sin situasjon. Samla sett har tankane til Nightingale og Martinsen vore med på å fremme synet om at alle menneske har ein grunnleggande rett til sjølvbestemming (Holter, 2015, s. 110-112).

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Gjennom arbeidet med oppgåva ynskjer eg å finne ut meir om brukarmedverknad og korleis spesifikke tiltak kan vere med å fremme medverknaden. Eg opplevde psykiatripraksisen min som veldig kjekk og lærerik, og personane eg møtte der gav meg inspirasjon til å lære meir om psykiatri. Det er presisert både i undervisningssamanheng og i praksis at brukarmedverknad er sentralt innanfor psykiatri. Sidan Juklestad og Aarre (2018, s. 59) påstår at opplæring er det mest effektive tiltaket for å auke graden av brukarmedverknad, har eg valt å sjå nærare på det. I tillegg hevdar Røkenes og Hanssen (2012, s. 9-10) at relasjonskompetanse er ein grunnstein i møte med andre, og difor vil eg også undersøke kva kommunikasjon har å sei for den profesjonelle samhandlinga.

## 2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiarar fremme brukarmedverknad blant personar med psykisk lidning?

### 2.1 Presiseringar og avgrensingar

I denne oppgåva vil eg sjå på korleis kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient kan bidra til å auke pasienten sin kunnskap om eigen tilstand, som igjen kan føre til auka brukarmedverknad. Auka kunnskap hos pasienten blir i oppgåva definert som at sjukepleiarar informerer pasienten om viktige aspekt relatert til pasienten sin sjukdomssituasjon.

Eg avgrensar oppgåva til å omhandle vaksne personar over 18 år, av begge kjønn, med



psykisk lidning som mottar eller har mottatt ei eller fleire helsetenester. Oppgåva vil ikkje ta føre seg spesifikke psykiske lidningar, men generelt omhandle pasientgruppa. Eg ekskluderer personar utan samtykkekompetanse, og dei tilfella som er i gråsona knytt til samtykkekompetanse. Det er ikkje skilt mellom tiltak i primær- og spesialisthelsetenesta, og oppgåva omfattar berre tiltak på individnivå. Det etiske aspektet rundt brukarmedverknad er omfattande, og difor er tematikken ekskludert frå oppgåva.

Omgrepa pasient og brukar vil bli nytta om kvarandre, men dei referer begge til personen som får helsehjelp. Fleire av forskingsartiklane nyttar ulike omgrep når dei omtalar brukarmedverknad og grad av pasientdeltaking (Jørgensen & Rendtorff, 2018; Keen et al., 2021). Difor vil brukarmedverknad bli brukt synonymt med ord som pasientaktivering, pasientdeltaking, brukarinvolvering og brukardeltaking. Metz et al. (2018, s. 162) refererer til omgrepet «decisional conflict» (DC), som omfattar i kva grad pasientar er engasjerte i- og føler seg komfortable med viktige kliniske avgjersler knytt til behandlinga. Høg grad av DC betyr at pasientane er lite nøgde. Fordi omgrepet ikkje har ei god, norsk oversetting, vil eg referere til «DC» i oppgåva.

## 3 Teori

### 3.1 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad omhandlar utforming av tenester saman med brukaren, der brukaren sitt syn skal vektleggast i så stor grad som mogeleg for å sikre at han får det tilbodet han har behov for (Helsedirektoratet, 2018, avsn. 3). Det føreset at brukaren blir sett på som ein likeverdige part i avgjersler som påverkar vedkommande (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 305). Samstundes må ein merke seg at pasienten ikkje har plikt til å delta i utforminga av eiga behandling, men dersom han takkar nei bør han likevel få nytt tilbod om å delta på eit seinare tidspunkt (Helsedirektoratet, 2018, avsn. 5).

Nokre føresetnadar for brukarmedverknad er mellom anna nok informasjon, moglegheit for samval (jf. kapittel 3.7.1), nok tid, tilgjengeleg informasjon, at pasienten opplever tryggleik og at situasjonen blir individuelt tilpassa pasienten (Lauveng, 2020, s. 138-141). Når pasienten får delta i eiga helsehjelp opplever han eigarskap og medansvar, og når helsepersonell personleg vender seg til pasienten gjer det at han føler seg sett og inkludert (Sjåfjell, 2021, s. 97-98).

### 3.2 Lovverk

§ 3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir pasientar og brukarar rett til å medverke ved utøving av eiga helsehjelp. Helsepersonell skal gje pasienten informasjon ut frå føresetnadane vedkommande har for å motta informasjonen, slik at pasienten blir i stand til å påverke eiga behandling. På same tid lovfestar § 3-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) at alle pasientar har krav på informasjon for å oppnå innsikt i eigen helsetilstand.

Helseforetaksloven § 35 (2001) og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 (2011) pålegg helseføretaka og kommunane å etablere system som innhentar brukarar sine erfaringar og synspunkt.

### 3.3 Yrkesetiske retningslinjer

I sjukepleiarane sine yrkesetiske retningslinjer står det at sjukepleiaren skal gje kvar enkelt pasient heilskapleg pleie (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sjukepleiarar skal også gje alle pasientar tilpassa informasjon for å fremme sjølvstendige avgjersler, og dei skal respektere dei vala pasientane tar. Det gjeld også dersom pasienten ikkje ynskjer å medverke i eiga behandling.

### 3.4 Politisk synsvinkel

I følgje Meld. St. 16 ((2010-2011), s. 10) ynskjer ein at pasientar skal få ei tydelegare rolle, og ein etterspør samstundes meir kunnskap om brukarmedverknad. Tenestene skal vere

tilpassa brukaren, og må gje grundig informasjon slik at brukaren kan ta informerte og gode val for å auke kontrollen over eiga helse. Forskingsrådet (2016, s. 29) evaluerer implementeringa av Meld. St. 16 i helsetenestene, men dei skriv lite om brukarmedverknad på individnivå. Likevel blir det hevda at grad av brukarmedverknad varierer, men at den jamt over er låg.

### 3.5 Teoretikarar om møtet med «den andre»

#### 3.5.1 Kari Martinsen

Martinsen (2005, s. 39) hevdar at ei samtale føregår mellom to likeverdige subjekt. I helserelatert samanheng vil den eine parten ha fagkunnskap, som betyr at vedkommande heile tida må vere medviten å ikkje misbruke makta som ligg i det. I ein slik relasjon er det viktig at helsepersonell lyttar til pasienten og oppfattar det vedkommande formidlar, for pasienten blir sett på som ekspert på seg sjølv. Ein må hugse på at alle pasientar er ulike, noko som krev individuelle tilpassingar i kvar enkelt pasientsituasjon (Martinsen, 2005, s. 165). Tillit er grunnleggande i alle samtaler, og Martinsen (2005, s. 143-144) refererer til Løgstrup sine tankar rundt å møte den andre parten med tillit for å unngå ein skadd relasjon.

#### 3.5.2 Knud Ejler Løgstrup

Løgstrup (2008, s. 17-19) argumenterer for at ein opphavleg lever i tillit til alle menneske, og at ein ikkje legg merke til tilliten med mindre det oppstår ei krise i forholdet mellom individa (Løgstrup, 2008, s. 245-247). Individet viser tillit ved å utlevere seg sjølv, og difor skapar det store, negative reaksjonar dersom den andre parten ikkje oppfyller forventinga om å møte individet som utleverer seg. Løgstrup (2008, s. 27) kallar forventinga om korleis ein skal møte «den andre» for ei fordring, og då legg vedkommande delar av livet sitt i hendene på ein annan person. Det kan det vere vanskeleg å vite korleis ein best skal svare på den etiske fordringa, fordi individet berre kjenner si eiga livsforståing og difor må svare ut frå den forståinga (Løgstrup, 2008, s. 33-34). «Den andre» kan ha ei anna livsforståing, og prosessen

må difor vere prega av gjensidig respekt for at ein aldri fult ut kan forstå den andre parten.

## 3.6 Kommunikasjon

### 3.6.1 Kva er kommunikasjon?

Kommunikasjon er utveksling av ein bodskap mellom to eller fleire aktørar, der bodskapen kan vere både verbal og nonverbal (Heyn, 2015, s. 364-365). Sidan kommunikasjon blir sett på som ein prosess med fleire steg, kan det føre til at bodskapen frå sendaren er ulik den mottakaren oppfattar. Her spelar mellom anna ordlegging, aksent, blikk og kroppsspråk inn (Tveiten, 2020, s. 79). Ut frå transaksjonsmodellen blir kommunikasjon sett på som ein sirkulær- og relasjonell prosess der både sendar og mottakar deltek (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 23-24).

### 3.6.2 Å etablere ein god relasjon

Grunnlaget for ein god relasjon blir danna ved at ein har to likeverdige partar (Heyn, 2018, s. 18-19). Trass i at sjukepleiaren har fagkunnskap, så er pasienten ekspert på eige liv, noko som vil motverke ein asymmetrisk relasjon. For at pasienten skal opne seg krevst det tillit, og då må sjukepleiaren sjå kvar einskilt pasient og møte vedkommande med eit ope sinn (Geirdal, 2017, s. 38).

Empati, evna ein har til å oppfatte kva den andre tenker og føler, blir sett på som ein grunnstein i all kommunikasjon (Kvarstein, 2020, s. 135). Når pasienten føler seg sett og forstått vil tilliten auke. Ved at sjukepleiaren formidlar tilbake til pasienten at ein har oppfatta det vedkommande har fortalt, oppnår ein stadfestande kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 164). Det kan for eksempel skje gjennom nikk, blikkontakt og små svar som «forstår eg deg rett når ... ?». Sekundært vil det gje pasienten ei kjensle av respekt, noko som er viktig for å styrke relasjonen. Trass i at helsepersonell klarar å opptre empatisk, så er også anerkjening ein viktig del av ein god relasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 190-191). Då må ein stadfeste den andre sine opplevingar, og vise respekt for at opplevingane er

unike. Det er viktig at ein er autentisk når ein møter pasienten på denne måten, men at ein samstundes opprettheld eit profesjonelt forhold.

Empati og anerkjenning krev personorientert kommunikasjon, og baserer seg på eit holistisk menneskesyn (Lundeby, 2020, s. 114). Her må ein unngå å redusere personen til «ein pasient», men sjå heile mennesket. For å oppnå det er aktiv lytting er ein føresetnad (Eide & Eide, 2017, s. 118-119; Heyn, 2018, s. 20-21). Denne forma for lytting krev blant anna spegling av den andre sine tankar, at ein klarar å samanfatte det den andre har formidla, å stille opne spørsmål og å nonverbalt vise respekt og støtte. Litteraturen viser til at pasientar ofte ikkje alltid seier det dei tenker på i klårtekst, men gir hint til helsepersonell, og då blir det helsepersonell si oppgåva å fange opp hinta og utforske dei tankane pasienten har (Heyn, 2018, s. 118-119; Lundeby, 2020, s. 121-122).

I møte med helsepersonell er ofte pasientar svært sårbare, noko som krev ein tillitsfull relasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178-179). Ein bør merke seg at relasjonen mellom helsepersonell og pasienten ofte er viktigare enn det som faktisk blir sagt.

### 3.6.3 Nonverbal kommunikasjon

Trass i at den verbale kommunikasjonen har stort fokus i ei samtale, så er det også viktig å tenke på at det må vere kongruens mellom verbal og nonverbal kommunikasjon for at mottakaren skal få tillit til avsendaren (Eide & Eide, 2017, s. 137-139; Olsen, 2018, s. 132-133). Når mottakaren opplever kongruens styrkar det relasjonen og opplevinga av at den andre faktisk forstår. Ved inkongruens får den nonverbale kommunikasjonen auka fokus, og det som blir uttrykt verbalt betyr lite for mottakaren (Tveiten, 2020, s. 79-80). Det kan skade relasjonen i stor grad. Eit anna viktig moment er at nonverbal kommunikasjon må tolkast, og evna personar har til å tolke denne kommunikasjonen er ulik. Døme på nonverbal kommunikasjon er ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk og tonefall (Gulbrandsen & Finset, 2019, s. 154).

### 3.6.4 Kommunikasjon med personar med psykiske lidingar

Helsepersonell kommuniserer med personar med psykiske lidingar på same måte som med andre pasientar, men Svindseth (2021, s. 177-178) hevdar at det ofte finst nokre karakteristikkar knytt til pasientgruppa. Viktigheita av eit godt medmenneskeleg forhold syner seg å vere spesielt viktig for desse pasientane. Elles bør ein vere medviten at ved nokre psykiske lidingar kan den kognitive delen i hjernen vere svekka grunna sjukdommen, til dømes ved depresjon (Strand, 2018, s. 100). I slike tilfelle må ein passe på at ein ikkje snakkar for fort eller kjem med for mykje informasjon på ein gong.

## 3.7 Å auke pasientkunnskapen

### 3.7.1 Samval

Brukarmedverknad og informasjon om behandling er nært knytt opp til samval (Lauveng, 2020, s. 137-138). Samval er når pasienten deltek i avgjersler om eiga behandling, i samarbeid med helsepersonell (Helsenorge, u.å., avsn. 1). Føremålet er at pasienten skal vere så deltakande i avgjersler som vedkommande ynskjer, noko som krev at han er godt informert (Kienlin et al., 2020, s. 7).

### 3.7.2 Korleis informere pasienten?

Før ein informerer pasienten er det viktig å finne ut kva han treng informasjon om (Tveiten, 2020, s. 103). Då vil informasjonen opplevast som relevant, og bidra til auka meistringskjensle og oppleving av kontroll over eige liv (Eide & Eide, 2017, s. 218-219). Pasientar er i ein sårbar situasjon, og difor må helsepersonell tilpasse den informasjonen dei gir til pasienten. Det er viktig å sikre at pasienten forstår informasjonen som blir gitt, for at han skal klare å nyttiggjere seg den.

I forkant av samtalen kan det vere nyttig å presisere at ein vil snakke med pasienten om

noko viktig, fordi det skapar ei ramme rundt samtalen og gjer pasienten meir fokusert på informasjonen (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 319). Når ein gir informasjon er det viktig at den er fullstendig, men at ein samstundes klarar å avgrense mengda slik at informasjonsbelastninga opplevast overkommeleg for pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 219-220). Informasjonen bør givast i god tid, slik at pasienten kan førebu seg og veit kva han kan forvente skal skje. Det kan bidra til redusert uro. I tillegg bør ein tenke på forholda rundt pasienten som for eksempel tidspunktet ein informerer på, om dei fysiske forholda er rolege, om ein brukar forståeleg språk og kor fort ein snakkar. Slik kan ein legge til rette for at pasienten klarar å oppfatte det som blir sagt. Eit anna nyttig verktøy er å gje pasienten skriftleg informasjon i tillegg til munnleg, slik at pasienten lettare klarar å hugse att informasjonen (Heyn, 2015, s. 382).

### 3.7.3 Kva bør ein informere om?

For å undersøke kva som er viktig å vite for kvar enkelt pasient, bør ein alltid spørje kva vedkommande ynskjer å vite meir om (Tveiten, 2020, s. 105-106). I tillegg bør ein kartlegge korleis pasienten har det, fordi helsepersonell då kan plukke opp område som pasienten ikkje er klar over at han treng informasjon om. Vidare kan det vere nyttig å gje pasienten ei oversikt over spørsmål pasientar i same situasjon har lurt på tidlegare. Elles skal sjukepleiaren alltid informere om forhold ved helsesituasjonen til pasienten, samt helsehjelpa som blir gitt (Molven, 2015, s. 89).

## 4 Metode

### 4.1 Kvalitativ- og kvantitativ metode

Metode er måten ein går fram på for å samle inn data om tematikken ein ynskjer å undersøke (Dalland, 2020, s. 54-57). Kvantitativ- og kvalitativ metode har ulik framgangsmåte for datainnsamling, og gir difor ulik informasjon om fenomenet ein

undersøker. Kvantitativ metode undersøker ein større populasjon for å få fram fellestrekk, og kunne generalisere resultatata (Thidemann, 2019, s. 75-76). Resultata blir framstilt i tal og tabellar, og gir lesaren brei informasjon om fenomenet. Kvalitativ metode har få informantar, men går i djupna på fenomenet for å få fram det spesielle ved situasjonen (Johannessen et al., 2016, s. 95). Det innhenta dataet blir presentert i tekstform for å skape forståing hos lesaren. I følgje Nortvedt et al. (2012, s. 38) blir val av metode påverka av spørjeordet og formuleringa av problemstillinga, fordi det fortel kva ein ynskjer å undersøke.

## 4.2 Litteraturstudie

På mange fagområde er det eit krav om kunnskapsbasert praksis, noko som har ført til eit større behov for oversikt over relevant kunnskap (Johannessen et al., 2016, s. 106). For å oppnå kunnskapsoversikt er ein litteraturstudie ein god framgangsmåte, og difor har denne bacheloroppgåva ei slik metodisk utforming. Ein litteraturstudie er kjenneteikna av at ein gjennomgår allereie eksisterande skriftleg kunnskap ved å formulerer ei problemstilling, utføre litteratursøk og gjennomgå all relevant litteratur (Dalland, 2020, s. 199; Thidemann, 2019, s. 77-78). Før ein gjennomfører litteratursøka bør ein spisse problemstillinga for å avgrense søketreffa. Under litteraturgjennomgangen er det viktig at ein kritisk vurderer litteraturen for å sikre fagleg kvalitet, samt at ein skildrar framgangsmåten for studien slik at metoden er etterprøvbar. Vidare må ein finne fellestrekk i litteraturen, samanfatte funna og drøfte resultatata (Johannessen, 2016, s. 105). I konklusjonen skal ein oppsummere funna, sei noko om funna sin relevans og presisere område med behov for meir kunnskap.

## 4.3 Søk etter litteratur

### 4.3.1 Forskingslitteratur

Først blei problemstillinga sett inn i eit PICO-skjema (jf. vedlegg 1). PICO står for



*population/patient/problem, intervention, comparison* og *outcome*, og kan gjere det lettare å finne relevante søkeord ved å tydeleggjere hovudomgrepa i problemstillinga (Thidemann, 2019, s. 83-84). Sidan det var ynskjeleg å finne den mest relevante forskinga, så blei det nytta engelske søkeord der ein fann synonymord ved bruk av SveMed+ og Ordbrett (Nortvedt et al., 2012, s. 42). Deretter blei det laga søkegrupper ved å nytte «OR» mellom synonymorda, og kombinere dei ulike søkegruppene i felles søk ved bruk av «AND» (Nortvedt et al., 2012, s. 55; Thidemann, 2019, s. 87). Før ein byrja å søke etter akademiske forskingsartiklar ville ein få oversikt over relevant litteratur, og difor blei det gjort enkle oversiktssøk i Idunn og Google Scholar. Det blei ikkje gjort noko utval av artiklar frå dei søka. For å finne akademiske forskingsartiklar blei det søkt i databasane Academic Search Elite, CINAHL og MEDLINE (jf. vedlegg 2.1, 2.2 og 2.3).

Søketreffa blir avgrensa til å vere utgitt mellom 2016-2021, for å sikre at ein gjekk gjennom den nyaste og mest oppdaterte forskinga (Dalland, 2020, s. 149; Thidemann, 2019, s. 84). I tillegg ville ein at treffa skulle ha høgt nok fagleg nivå, så difor var det eit krav at forskinga var publisert i akademisk fagfelleverderte tidsskrifter (Dalland, 2020, s. 149). Vidare avgrensa ein forskinga til å vere gjennomført i nordre delar av Europa, England, USA og Australia, fordi ein ynskte at forskinga skulle vere overførbar til norske forhold.

For å vurdere kva artiklar som kunne inkluderast i oppgåva, så las ein først gjennom titlane og samandraga på søketreffa. Dersom ein artikkel framleis var relevant for problemstillinga, så blei heile artikkelen grundig lesen gjennom før det blei avgjort om den skulle inkluderast eller ekskluderast. Når ein les gjennom forskingsartiklar er det viktig at ein utfører kritisk vurdering, slik at ein veit om ein kan stole på resultatane eller ikkje (Dalland, 2020, s. 153-156). Gjennom kritisk vurdering evaluerer ein mellom anna relevans, gyldigheit, haldbarheit, truverd hos forfatarane, tidspunkt teksten er skriven på og føremålet med artikkelen. I denne oppgåva er det brukt sjekklister frå Helsebiblioteket (2016) for å kritisk vurdere forskingsartiklane, og det er nytta ulike sjekklister alt etter kva design artiklane har hatt.

### 4.3.2 Anna litteratur

Litteratur har blant anna blitt funnen ved å nytte tidlegare pensumbøker knytt til temaet. Då har litteraturen allereie blitt kvalitetssikra som fagleg god, og er relevant for sjukepleiefaget (Dalland, 2020, s. 141). I tillegg er det søkt etter litteratur i Oria, ein samleportal for mange fag- og forskingsbibliotek i Noreg. Til litteratursøka er det nytta ord frå problemstillinga, og litteraturen er avgrensa til å vere utgitt mellom 2016-2021 for å vere mest mogeleg oppdatert (Thidemann, 2019, s. 84). Elles er det nytta oppslagsverk og juridiske- og andre offentlege dokument, som til dømes stortingsmeldingar og lovverk, henta frå anerkjente nettsider. Gjennom kritisk vurdering har ein vore kjeldekritisk til nettsidene når det mellom anna gjeld gyldigheit, tidsspenn og forfattarar (Dalland, 2020, s. 152-156).

## 4.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk omhandlar kva litteraturutval ein har gjort til oppgåva, samt styrker og svakheiter ved søkeprosessen (Dalland, 2020, s. 143; Kildekompasset, u.å., avsn. 1). Det er viktig å grundig skildre framgangsmåten i litteraturstudien, fordi søkeprosessen og val av litteratur påverkar i kva grad oppgåva er truverdige og kva fagleg standard den har.

### 4.4.1 Styrker ved oppgåva

Avgrensingane i litteratursøka kan vere ei styrke i oppgåva. Litteraturen er basert på den mest oppdaterte kunnskapen om emnet, samstundes som geografisk avgrensing gjer forskinga overførbar til norske forhold. Alle forskingsartiklane skal vere av fagleg god kvalitet fordi dei er publisert i akademisk fagfelleverderte tidsskrifter, samstundes som pensumlitteraturen skal halde eit høgt fagleg nivå fordi den er plukka ut til utdanningsløpet. Bruk av engelske søkeord har gjort til at eg har fått fleire litteraturetreff enn om eg hadde valt

norske søkeord. Sidan ein del av søketreffa omhandla akutte innleggingar i psykiatrisk avdeling, noko som tilsvarar ei gråsone knytt til samtykkekompetanse, kunne artiklane lett ekskluderast. Ekskluderinga gjaldt også artiklar som omhandla pasientar som sona for lovbrøt medan dei fekk psykiatrisk behandling, og artiklar som tok føre seg ei spesifikk diagnose.

Det er inkludert oversiktsartiklar i oppgåva, som samanfattar eksisterande forskning innanfor eit temaområde, for å i større grad kunne generalisere funna (Nortvedt et al., 2012, s. 49). Gjennom å bruke kvalitative studiar ynskte eg å få ei djupneforståing av tematikken i oppgåva, samstundes som bruk av kvantitative studiar og oversiktsartiklar gav meg moglegheit til å omtale populasjonen meir generelt (Thidemann, 2019, s. 75-77). Som resultat kan det gje drøftinga fleire ulike perspektiv. Likevel har funna frå dei presenterte artiklane vore ganske eintydige. Fordi det mellom anna er brukt to oversiktsartiklar og ei paraplyoversikt i oppgåva, så styrkar det inntrykket av at litteratursøket har vore grundig gjennomført, og at det er litteraturen generelt som er eintydig. I tillegg blei ein av forskingsartiklane funnen i alle tre databasane.

#### 4.4.2 Svakheiter ved oppgåva

Fordi oppgåva er basert på den nyaste litteraturen, så kan tidsavgrensinga gjere til at eg har gått glipp av viktig litteratur skriven før 2016. Samstundes er det nytta nokre bøker utgitt før 2016, fordi dei enten har vore pensumbøker eller fordi dei er primærkjelder. Vidare kan geografisk avgrensing også ha ført til at eg ikkje har lese gjennom artiklar som er sentrale for datagrunnlaget. I tillegg har all forskingslitteraturen eg har lese vore på engelsk, noko som kan ha ført til at delar av innhaldet har blitt misforstått eller oversett på feil måte. Det at nokre av omgrepa i forskinga er tvetydige kan også ha ført til misforståingar. Til slutt kan bruk av både kvalitativ- og kvantitativ forskning gjere det vanskeleg å samanfatte funna fordi metodane er så ulike (Thidemann, 2019, s. 99).

## 5 Funn

### 5.1 Syntese av forskning

I dette kapitlet er det laga ei syntese av forskinga som er nytta i oppgåva. I tillegg ligg det ved ei systematisk litteraturmatrise (jf. vedlegg 3).

#### 5.1.1 Brukarmedverknad innan psykisk helsevern

Keen et al. (2021, s. 892) meiner at grad av brukarmedverknad blir påverka av korleis den terapeutiske relasjonen fungerer, samstundes som Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 497) hevdar at brukarmedverknad er avgjerande for ein god behandlingsallianse. Vidare viser Jørgensen og Rendtorff til at brukarmedverknad blir brukt synonymt med omgrep som brukardeltaking, samarbeid, kompaniskap, brukarinkludering og pasientdeltaking. Sidan brukarmedverknad ikkje har noko klar definisjon er omgrepet vanskeleg å overføre til praksis, og det opnar for individuelle tolkingar.

I følgje Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 497) er brukarmedverknad nært knytt opp til samval, noko som presiserer viktigheita av at pasienten er tilstrekkeleg informert til å ta informerte avgjersler. Dei hevdar deltaking i eiga behandling gjer at pasienten føler auka grad av eigarskap, ansvar og inkludering, samt at behandlinga i større grad klarar å møte pasienten sine individuelle behov. Det kan gjere pasienten meir sjølvstikker, uavhengig og skape betre livskvalitet. Samla sett meiner Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 498) helsevesenet må gå over frå eit paternalistisk- til eit holistisk fokus.

Wiechula et al. (2016, s. 731) sine funn viser at brukarmedverknad er viktig for pasientar, særleg knytt til avgjersler. Dei argumenterer for at pasienten då vil oppleve at helsepersonell har tillit til pasienten sine ferdigheiter. Påfølgande viser Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 498-499) til at pasientar i ulik grad ynskjer å medverke i eiga behandling, og at pasientar med flest ressursar i større grad blir inkludert i behandlinga enn dei pasientane med færre ressursar. Vidare hevdar Metz et al. (2018, s. 168) at grad av DC jamt over er høg i all behandling innan psykisk helsevern. Dei pasientane som opplever høgare grad av innverknad på eige liv, opplever også lågare grad av DC. Pals og Hempler (2018, s. 1193) sine funn viser at pasientar synest det fungerer dårleg når helsepersonell fortel dei kva dei skal gjere og kortid.

#### 5.1.2 Kommunikasjon som verkemiddel

I møte med pasientar skildrar Pals og Hempler (2018, s. 1193) at det er viktig at sjukepleiaren er imøtekommande. Dei meiner at ein kan vise det gjennom å søke augekontakt, smile, snu seg fysisk mot den andre, vise empati og lytte til pasienten sine refleksjonar. Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 493) hevdar at å vise respekt og vere ærleg er andre nøkkelfaktorar for god kommunikasjon. Vidare argumenterer Wiechula et al. (2016, s. 728-729) for at tillitsskaping er essensielt i relasjonen, og at det er ein dynamisk prosess. I følgje Pals og Hempler (2018, s. 1191-1192) er anerkjening også viktig for ein god relasjon. Pasienten er ekspert på seg sjølv, og må bli anerkjent for det. Dei meiner at helsepersonell anerkjenner pasienten ved å interessere seg for å finne ut kva som er viktig for han.

Wiechula et al. (2016, s. 728) har funne ut at pasientane synest at dei verdiane sjukepleiaren fremmar, påverkar relasjonen deira. Fordi ulike pasientar har ulike forventningar til relasjonen, må sjukepleiaren klare å fange opp forventningane og tilpasse handlingane sine ut frå det, slik at ein møter dei gitte forventningane (Wiechula et al., 2016, s. 730-731). I tilfelle der pasienten sine initiativ blir avvist, føler pasienten seg einsam i eiga oppleving av

situasjonen. I følge Pals og Hempler (2018, s. 1191) er det ulikt i kva grad pasientar ynskjer nærleik og avstand i den profesjonelle relasjonen. Nokre pasientar likar at helsepersonell i noko grad relaterer egne personlege hendingar til det pasienten opplever, medan andre synest det er upassande.

### 5.1.3 Relasjonen – eit individuelt møte

I følgje Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 497) meiner helsepersonell at dei må tilpasse kunnskapen og ferdigheitene sine ut frå kva behov og ressursar kvar enkelt pasient har. Keen et al. (2021, s. 892) argumenterer for at det må føregå ei informasjonsutveksling mellom partane i relasjonen for å oppnå ei felles forståing av situasjonen. Dei hevdar at det vil påverke graden av brukarmedverknad. Pals og Hempler (2018, s. 1191) påstår at gjennom ei oppleving av likskap kan ein skape felles forventningar, avklare roller og stadfeste agendaen i behandlinga. Vidare viser Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 499) til at nokre pasientar har vanskar med å formidle kva utfordringar dei ynskjer hjelp med, noko som kan gjere det individuelle møtet meir utfordrande. Mjøsund et al. (2019, s. 545-547) sine funn peikar på at pasienten har eit behov for å forstå sin eigen situasjon betre, og at dei ynskjer at helsepersonell har ei holistisk tilnærming.

Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 498) poengterer at helsepersonell ofte har større fokus på kva avgrensingar pasienten har, i staden for å fokusere på ressursane. I tillegg skildrar Pals og Hempler (2018, s. 1192-1193) at mange pasientar synest helseomgrepet er for smalt, slik at dei føler at dei ikkje passar inn, og argumenterer med at det er viktig å utforske individ sin endringsmotivasjon. Wiechula et al. (2016, s. 728) hevdar at den terapeutiske relasjonen, og om pasienten føler seg sett, avgjer om det fulle potencialet i relasjonen bli utløyyst eller ikkje. Pals og Hempler (2018, s. 1192) fann ut at helsepersonell har ei anna oppfatning av helsefremming enn pasientane. Medan pasientane ser på ein god relasjon som helsefremmande, så tenker helsepersonell at det er to ulike fenomen.

#### 5.1.4 Auka pasientkunnskap

Metz et al. (2018, s. 167) argumenterer for at høgare grad av utdanning er assosiert med høgare grad av DC. Keen et al. (2021, s. 893-895) sine funn viser at opplæringstiltak stort sett har effekt for å auke grad av brukarmedverknad. Mjøsund et al. (2019, s. 544) hevdar at pasientar etterspør meir informasjon og kunnskap fordi dei har eit ynskje om eit liv med mindre sjukdom og auka grad av velvære. Det inkluderer kunnskap om både eigen diagnose og andre tema som for eksempel søvn.

Wiechula et al. (2016, s. 729) hevdar at det er avgjerande om informasjonen som blir formidla til pasientane, blir gitt på ein slik måte- og på eit språk som dei forstår. Pals og Hempler (2018, s. 1191) viser til at pasientar særleg ynskjer god informasjon om valmogleheiter for å kunne vere med å bestemme, men at dei også krev at helsepersonell gir pasienten nok tid til å reflektere rundt informasjonen i etterkant.

## 6 Drøfting

I drøftingsdelen blir problemstillinga, som tidlegare presentert i oppgåva, drøfta i lys av teori, funn og eigne praksiserfaringar.

### 6.1 Kva dannar grunnlaget for brukarmedverknad?

Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 497) hevdar at brukarmedverknad er viktig for å skape ein god behandlingsallianse, og Meld. St. 16 ((2010-2011), s. 10) framhevar at ein ynskjer at brukaren skal få auka fokus innan helse- og omsorgssektoren. Det blir underbyggt av pasient-

og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) som lovfestar brukarar sin rett til brukarmedverknad, medan helseforetaksloven (2001, § 35) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-10) pliktar helseføretak og kommunar til å undersøke kva erfaringar og synspunkt brukarane har. I tillegg forpliktar ratifiseringa av FN (2020, pkt. 12) si verdserklæring for menneskerettar Noreg til å overhalde menneska sin rett til autonomi og sjølvbestemming. Samla sett framhevar litteraturen eintydig brukarmedverknad som viktig innan helsetenestene.

Trass i at litteraturen framstiller brukarmedverknad som viktig, påstår Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 497) at det ikkje finst noko klar definisjon av sjølvve omgrepet brukarmedverknad. Difor blir brukarmedverknad brukt synonymt med omgrep som brukarinkludering og pasientdeltaking. Forskarane meiner det kan føre til individuelle tolkingar av omgrepet, og gjere det vanskeleg å overføre brukarmedverknad til praksis. I følgje Helsedirektoratet (2018, avsn. 3) er brukarmedverknad definert som eit samarbeid med brukaren når det gjeld utforming av tenestene, der ein skal ta omsyn til og legge vekt på meiningane brukaren har. Likevel argumenterer Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 497) for at det ikkje finst noko målestokk for brukarmedverknad i praksis. Det gjer til at ein skal stille spørsmåla: «Kva er tilstrekkeleg inkludering av brukaren? Er det nok at brukaren får sei si meining, eller skal ein alltid la brukaren få bestemme?».

Løgstrup (2008, s. 27) hevdar at forventinga om korleis ein skal møte «den andre» er ei etisk fordring. Han meiner at kvart enkelt individ aldri fult ut kan forstå «den andre», og difor må ein svare på fordringa ut frå eiga livsforståing. Som ein konsekvens kan det føre til at ein handlar annleis enn nesten vår ynskjer. På den andre sida argumenterer Pals og Hempler (2018, s. 1191-1192) for at pasienten er ekspert på seg sjølv, og at det er helsepersonell si oppgåva å finne ut kva som er viktig for vedkommande sidan det ikkje alltid blir uttalt i klårtekst. På same måte påstår Keen et al. (2021, s. 892) at sjukepleiaren og pasienten må skape ei felles forståing av situasjonen, og at det kan skje gjennom informasjonsutveksling mellom partane. Sidan funna til Wiechula et al. (2016, s. 730) viser at pasientar har ulike forventingar til relasjonen med helsepersonell, så er det viktig at initiativa til kvar enkelt pasienten blir tatt på alvor for å unngå at pasienten føler seg avvist. I studien til Keen et al.



(2021, s. 892) kjem det fram at dersom ein ikkje tar omsyn til behova pasienten har, påverkar det grad av brukarmedverknad negativt. I tillegg kan ein poengtere at sidan pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) lovfestar at tenestetilbodet skal utformast ilag med brukaren i så stor grad som mogeleg, så har brukaren, så langt det lar seg gjere, rett til å medverke til korleis helsetenestene skal utformast.

Som nemnt er brukarmedverknad ein lovfesta rett, men det betyr likevel ikkje at pasienten har plikt til å medverke (Helsedirektoratet, 2018, avsn. 5; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Funna til Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 498-499) indikerer at det varierer i kva grad pasientar ynskjer å medverke i behandlinga. Trass i det, hevdar dei at helsepersonell forårsakar ulikskap ved å inkluderer pasientar med fleire ressursar i større grad enn dei med færre. Forskarane meiner det kan skuldast at det ofte opplevast meir krevjande å la pasientar med færre ressursar medverke (Jørgensen & Rendtorff, 2018, s. 498-499). I følge Lauveng (2020, s. 138-141) påverkar også føresetnadar som tilstrekkeleg informasjon, nok tid, tilgjengeleg informasjon og individuelle tilpassingar grad av brukarmedverknad. Uansett i kva grad pasienten ynskjer å påverke eiga behandling, så er det i følge yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019) sjukepleiarar si plikt å respektere pasienten og dei vala han tar.

Brukarmedverknad medfører ei rekke ulike konsekvensar. I følge Sjøfjell (2021, s. 97-98) gjer høg grad av brukarmedverknad til at pasienten opplever eigarskap, medansvar, samt føler seg sett og inkludert. Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 497) underbygger desse synspunkta, og presiserer at medverknad i større grad gjer til at helsepersonell klarar å møte den individuelle pasienten. Følgeleg kan det gjere pasienten meir uavhengig, sjølvstikker og auke livskvaliteten. Vidare hevdar Wiechula et al. (2016, s. 731) at tillatinga til å ta avgjersler opplevast som at helsepersonell har tillit til pasienten sine ferdigheiter. Trass i dei positive følgene av høg grad av brukarmedverknad, så påstår Forskingsrådet (2016, s. 29) at grad brukarmedverknad jamt over er låg. Funna til Metz et al. (2018, s. 168), som viser at grad av DC jamt over er høg, underbygger det. Ut frå egne erfaringar så veit eg at det kan vere tidssparande å gjere ting slik dei plar bli gjort, i staden for å spørje pasienten kva han ynskjer

og deretter måtte følge det opp. Likevel verkar slike handlingar negativt ved å undergrave brukarmedverknaden. Samstundes er grunnlaget for relasjonen mellom partane at pasienten søker hjelp til ei helseutfordring, og då sit sjukepleiaren med fagkunnskapen (Heyn, 2018, s. 18-19). Sidan pasienten ynskjer helsehjelp kan det verke mot sitt føremål at parten som ikkje har fagkunnskap, skal bestemme korleis helsehjelpa skal ytast.

## 6.2 Kommunikasjon – eit middel for å nå målet?

Heyn (2015, s. 364-365) definerer kommunikasjon som utveksling av ein bodskap, både verbalt og nonverbalt, mellom to eller fleire aktørar. Vidare viser Heyn til at relasjonen mellom sjukepleiarar og pasientar er med på å danne grunnlaget for korleis kommunikasjonen fungerer, noko som gjer relasjonskunnskap nyttig for sjukepleiarar. Martinsen (2005, s. 39) hevdar ei god samtale avheng av at deltakarane er likeverdige, noko som gjer at sjukepleiaren heile tida må vere medviten å ikkje misbruke makta som ligg i fagkunnskapen. Det blir underbyggt av Pals og Hempler (2018, s. 1193) som argumenterer for at det gir dårlege resultat når helsepersonell fortel pasienten kva han ska gjere, og kortid det skal skje. I staden hevdar dei at relasjonen blir god og likeverdig fordi pasienten er ekspert på seg sjølv. På bakgrunn av det kan ein reise spørsmåla: «Kva skapar ein god relasjon, og korleis påverkar relasjonen kommunikasjonen?»

Erfaringsmessig synest eg det første møte med helsepersonell er viktig, og ein må bli møtt med respekt og anerkjenning. Personleg påverkar førsteinntrykket korleis eg ser på den andre, og det skal ofte ein del arbeid til, nokre gonger fortent – andre gonger ikkje, for å endre på førsteinntrykket. Det fører til at det er viktig at sjukepleiaren tenker over korleis ein møter pasientar. Pals og Hempler (2018, s. 1193) underbygger denne erfaringa fordi dei hevdar at det er viktig at helsepersonell er imøtekommande. Funna deira viser til at augekontakt, det å smile og fysisk snu seg mot den andre er viktig. Gjennom eigne erfaringar har eg merka at det gjer til at eg føler meg sett og opplever at helsepersonell vil og har tid til å møte meg. Trass i at førsteinntrykket er viktig, så har eg også erfart at helsepersonell sin

oppførsel gjennom konsultasjonen har stor betydning. Det betyr at sjølv om eg har fått eit godt førsteinntrykk av vedkommande, kan likevel totalinntrykket bli negativt om ikkje helsepersonell klarar å halde fram med å vise dei same verdiane. I slike tilfelle har eg følt meg til bry, og som om årsaka til at eg kom ikkje var god nok. Det kan sjåast i samanheng med Wiechula et al. (2016, s. 728) som hevdar at verdiane sjukepleiaren fremmar påverkar relasjonen.

I følgje Røkenes og Hanssen (2012, s. 178-179) er pasienten i ein sårbar situasjon i møtet med helsepersonell, noko som aktualiserer viktigheita av å oppleve tryggleik og tillit i relasjonen. Kvarstein (2020, s. 135) påstår at det gjer evna til empati viktig. Sidan Gulbrandsen og Finset (2019, s. 154) hevdar at all nonverbal kommunikasjon må tolkast, så er det essensielt at det er kongruens mellom verbal- og nonverbal kommunikasjon slik at pasienten føler seg trygg og opplever helsepersonell som autentisk. Det heng saman med Røkenes og Hanssen (2012, s. 178-179) sine argument, som viser at tryggleik og tillit gjer det moglege å jobbe i relasjonen. Følgeleg vil eventuelle kritiske kommentarar bli tolka på ein positiv måte, og pasienten vil tenke på kommentarane som helsepersonell sit forsøk på å hjelpe vedkommande. På den andre sida poengterer Røkenes og Hanssen at ein utrygg relasjon blir ytterlegare skadd av kritiske kommentarar. Wiechula et al. (2016, s. 728) underbygger dette synet når dei hevdar at pasienten må føle seg sett i relasjonen for å utløyse relasjonen sitt fulle potensial. På same tid argumenterer dei for at tillitsskaping er ein dynamisk prosess der tilliten kan bli både svekka og gjenvunnen.

Løgstrup (2008, s. 17-19) og Martinsen (2005, s. 143-144) påstår at tillit gjer mennesket i stand til å utlevere seg sjølv, og då er det forventa at ein blir møtt med respekt. Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 493) hevdar at pasienten opplever god kommunikasjon parallelt med respekt, noko som i følgje Eide og Eide (2017, s. 164) styrkar relasjonen. Ut frå Mjøsund et al. (2019, s. 545-547) sine funn, indikerer pasienterfaringar at pasienten i større grad treng å bli sett på som eit heilt menneske, og at dei ynskjer ei holistisk tilnærming. Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 497-498) støttar dette synet når dei påstår at auka grad av brukarmedverknad også er eit argument for å gå over frå eit biomedisinsk- til eit holistisk

menneskesyn. Det kan vere med å gjere helseomgrepet meir inkluderande, som er eit behov Pals og Hempler (2018, s. 1192-1193) har synleggjort. Grunna eit smalt helseomgrep føler mange pasientar på skamkjensle og at dei ikkje passar inn. Samstundes meiner Pals og Hempler at helsepersonell allereie tilpassar kunnskapen og ferdigheitene sine ut frå kva behov og ressursar pasientane har, som kan indikere at det skjer ei individuell pasienttilnærming med eit holistisk menneskesyn i noko grad.

Sidan relasjonen, i følge Røkenes og Hanssen (2012, s. 178-179), ofte blir sett på som viktigare enn det som blir kommunisert, så er det essensielt at sjukepleiarar fokuserer på å skape ein god relasjon. Den store betydninga av relasjonen står i kontrast til Pals og Hempler (2018, s. 1192) sine funn som viser at helsepersonell har ei anna oppfatning av helsefremming enn pasientane. Medan pasienten ser på ein god relasjon som helsefremmande, så tenker helsepersonell at det er to ulike fenomen. Teorien viser at relasjonsarbeid er svært samansett, og difor er det mange faktorar som spelar inn på om relasjonen er god eller dårleg, som igjen påverkar samhandlinga mellom partane (Eide & Eide, 2017, s. 118-119; Kvarstein, 2020, s. 135; Røkenes & Hanssen, 2012, s. 190-191). Uansett hevdar Martinsen (2005, s. 39), Heyn (2018, s. 18-19) og Pals og Hempler (2018, s. 1191-1192) at pasienten blir sett på som ekspert på seg sjølv og eiga helse.

### 6.3 Kunnskap = makt?

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) fastslår at pasientar har krav på informasjon for å få innsikt i eigen helsetilstand. Det kan sjåast i samanheng med Mjøsund et al. (2019, s. 544) sine funn som viser at pasientar har eit ynskje om meir informasjon og kunnskap, fordi det kan hjelpe dei til eit betre liv. Vidare hevdar Pals og Hempler (2018, s. 1191) at informasjon om mellom anna valmoglegheiter fører til at pasienten i større grad kan vere med på å bestemme over eige liv, medan sjukepleiarane sine yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019) fremmar at alle pasientar skal få tilpassa informasjon fordi det gjer dei i stand til å ta sjølvstendige avgjersler. For å oppsummere, så ser ein at

informasjon både er ein lovfesta rett og eit etterspurt behov. Ut frå det kan ein stille spørsmålet: «Aukar grad av brukarmedverknad blant pasientar når dei får meir informasjon?»

I følgje Helsenorge (u.å., avsn. 1) er samval ein måte å arbeide på innan helsetenestene som skal gjere pasienten i stand til å delta i avgjersler om eiga behandling, i den grad vedkommande ynskjer det. Lauveng (2020, s. 137-138) poengterer at brukarmedverknad, informasjonsbehovet og samval er nært knytt saman, fordi alle faktorane er avhengige av at dei andre blir oppfylt. Når sjukepleiarar informerer pasientar har ein ofte ei form for standard informasjon, fordi ein i følgje pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) alltid skal informere pasienten om eigen helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Trass i behovet for standard informasjon, så hevdar Jørgensen og Rendtorff (2018, s. 498) at helsepersonell synest det er naudsynt å tilpasse kunnskapen til kvar enkelt pasienten. § 3-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) underbygger det når paragrafen lovfestar at ein skal informere pasienten ut frå pasienten sine føresetnadar, men at ein kan la vere å informere pasienten dersom vedkommande uttrykker at han ikkje vil ha informasjon og unnlatinga ikkje fører til skadeverknad.

Tveiten (2020, s. 105-106) meiner ein måte å finne ut kva informasjonsbehov pasienten har, er å spørje direkte om kva vedkommande vil vite meir om. I tillegg kan kartlegging av korleis pasienten har det, føre til at helsepersonell ser kva område pasienten manglar kunnskap om. Ut frå egne erfaringar veit eg at eg har latt vere å stille spørsmål fordi eg har tenkt på spørsmåla som dumme, eller fordi eg er redd for at spørsmåla eg stiller skal få dei rundt til å tenke på meg som mindre kunnskapsrik. Martinsen (2005, s. 143-144) sin påstand om eit behov for tillit i relasjonen for at personen skal opne seg opp, underbygger denne erfaringa. Når ein er usikker på kvar ein har dei andre rundt seg, er det lett å bli passiv. Difor kan pasientar dra nytte av Mjøsund et al. (2019, s. 547) sine funn, som viser til at informasjonsutveksling med likemenn er positivt. Det kan både gje dei nyttig informasjon pasientane ikkje visste at dei lurte på, samstundes som det kan redusere einsemd ved å skape ei form for tilhøyrsløse og samhald.

I følge Keen et al. (2021, s. 893) verkar opplæringstiltak positivt ved å auke graden av brukarmedverknad, noko som fører til at pasienten får auka kontroll over eige liv. Det blir underbygt av Mjøsund et al. (2019, s. 544-545) som viser til pasientutsegn som illustrer eit behov for informasjon om eigen sjukdom, men også informasjon om meir generelle tema som sjølvtrillit og søvn. Pasientane påstår at slik kombinert informasjon gir dei best mogelege føresetnadar for god livskvalitet. Trass i at det er indikert eit behov for informasjon om generelle tema, så argumenterer Wiechula et al. (2016, s. 730-731) for at alle pasientar har ulike forventingar, og at sjukepleiaren må utforske forventingane til kvar enkelt pasient. Eide og Eide (2017, s. 218-219) hevdar at relevant informasjon gir pasienten ei oppleving av kontroll og meistring, noko som står i kontrast til Metz et al. (2018, s. 167) som har sett ein samanheng mellom høgare grad av utdanning og høgare grad av DC. I følge Metz et al. kan det skuldast at personar med høgare utdanning har større forståing for kompleksiteten innanfor psykiske lidingar, og at det ikkje alltid er like lett å avgjere kva som er den beste framgangsmåten.

Jensen og Ulleberg (2019, s. 319) hevdar at det kan vere positivt å sette ei ramme for informasjonssamtalen med pasienten, ved å til dømes sei at no vil ein komme med nyttig informasjon. Som eit supplement til den munnlege informasjonen viser Heyn (2015, s. 382) til at å få informasjonen skriftleg gjer det lettare for pasienten å hugse den igjen. Vidare poengterer Wiechula et al. (2016, s. 729) at korleis informasjonen blir formidla til pasientane, er avgjerande for om dei kan nyttiggjere seg den. Det omfattar blant anna at informasjon blir gitt på eit språk som pasienten forstår. I tillegg argumenterer Eide og Eide (2017, s. 219-220) for at informasjonen må vere grundig, men likevel avgrensa ut frå pasienten si evne til å ta imot informasjon. Det blir underbygt av § 3-2 (Pasient- og brukeretighetsloven, 1999) som lovfestar behovet for individuelle informasjonstilpassingar. Sjukepleiaren bør også tenke på om dei fysiske forholda er utforma slik at pasienten klarar å halde fokuset på samtalen. I følge Strand (2018, s. 100) viser det seg at nokre psykiske lidingar krev spesielle omsyn. Det gjeld mellom anna depresjon, der pasienten si evne til å ta innover seg informasjon kan vere svekka, og i slike tilfelle blir det viktig at sjukepleiaren brukar god tid på å informere pasienten. Samstundes hevdar Pals og Hempler (2018, s. 1191) at pasientar generelt treng tid til å reflektere rundt informasjon før dei fattar ei avgjersle.

Med andre ord, dersom ein ikkje tar omsyn til desse ulike faktorane, så kan pasienten få redusert evne til å bruke informasjonen.

## 7 Konklusjon

Brukarmedverknad er ein lovfesta rett som skal praktiserast i så stor grad som mogeleg, og litteraturen er i stor grad eintydig når det gjeld at brukarmedverknad er positivt for pasientar innan psykisk helsevern. Likevel indikerer forskning at grada av brukarmedverknad er lågare enn ynskjeleg, og at pasientane ofte føler dei ikkje får medverke nok. Det kan skuldast at brukarmedverknad ikkje har noko klar definisjon, som fører til individuelle tolkingar og gjer det vanskelegare å måle grada av brukarmedverknad i praksis.

Når det gjeld kommunikasjon, så ser ein at ein god relasjon mellom sjukepleiaren og pasienten er essensielt, og at ein elles kommuniserer med psykisk sjuke på same måte som andre pasientar. Sjukepleiaren kan fremme ein god relasjon gjennom fokus på til dømes likeverd, tillit, empati, anerkjening og respekt. Alle pasientar er ulike, og difor krev relasjonsarbeid individuelle tilnærmingar, samt informasjonsutveksling for å avklare forventingane partane har til kvarandre. Vidare viser det seg at pasientar ser på sjølve relasjonen til helsepersonell som helsefremmande og at dei meiner relasjonen er viktigare enn det som blir sagt, trass i at helsepersonell tenker at helsefremming og relasjonsarbeid er separate fenomen. Då er det viktig å hugse på at pasienten blir sett på som ekspert på seg sjølv og veit best kva som er rett for han.

Teorien syner at auka kunnskap hos pasientar kan verke positivt for brukarmedverknaden på gitte vilkår. Med andre ord må ulike føresetnadar vere oppfylt, slik at pasienten er i stand til å nyttiggjere seg kunnskapen. Det stiller mellom anna krav til relasjonen mellom partane, korleis informasjonen blir formidla og om pasienten ser på informasjonen som relevant.

Samstundes viser forskinga til at pasientar ikkje synest at dei får tilstrekkeleg informasjon, og at dei etterspør informasjon med eit meir holistisk fokusområde som ser heile den individuelle pasienten.

For å oppsummere kan ein sei at det er behov for auka brukarmedverknad innan psykisk helsevern, og at litteraturen indikerer at eit fokus på kommunikasjon og auka pasientkunnskap kan vere med på å bidra til det. Forskinga viser at sidan opplæringstiltaka i dei ulike studiane er svært ulike, så krevst det meir kunnskap om kva spesifikke tiltak som er effektive for å auke pasientkunnskapen. Sidan oppgåva berre har tatt føre seg personar med samtykkekompetanse, er truleg resultata relevant for alle som arbeider innan psykisk helsevern, samstundes som dei kan vere overførbare til andre helsefag.



## Litteraturliste

- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- De Forente Nasjoner. (2020, 21. desember). *Verdenserklæringen for menneskerettigheter*. FN-sambandet. <https://www.fn.no/content/download/38062/933202?version=40>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2020). Digital helse, læring og mestring. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (s. 159-187). Gyldendal.
- FN-sambandet. (u.å.) *Norge og menneskerettighetene*. <https://www.fn.no/tema/menneskerettigheter/norge-og-menneskerettighetene>
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/publikasjoner/2016/evaluering-av-samhandlingsreformen/>

Geirdal, A. Ø. (2017). Den terapeutiske relasjonens tre deler. I A. Ø. Geirdal & S. Varvin (Red.), *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (s. 36-43). Universitetsforlaget.

Gulbrandsen, P. & Finset, A. (2019). *Skreddersydde samtaler: En veileder i medisinsk kommunikasjon* (2. utg.). Gyldendal.

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

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

Helsedirektoratet. (2018, 28. desember). *Brukermedvirkning*. Helsenorge.

<https://www.helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning/>

Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven>

Helsenorge. (u.å.). *Samvalg – du kan være med og bestemme*.

<https://www.helsenorge.no/samvalg/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjeneste>

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 363-398). Cappelen Damm Akademisk.

- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13-31). Gyldendal.
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 107-118). Cappelen Damm Akademisk.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg.). Gyldendal.
- Johannessen, A., Tuft P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (5. utg.). Abstrakt Forlag.
- Juklestad, S. I. & Aarre, T. F. (2018). Bredden i det psykiske helsearbeidet. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., s. 55-68). Fagbokforlaget.
- Jørgensen, K. & Rendtorff, J. D. (2018). Patient participation in mental health care- perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 32(2), 490-501. <https://doi.org/10.1111/scs.12531>
- Keen, A., Lu, Y., Oruche, U. M., Marzurenko, O. & Draucker, C. B. (2021). Activation in persons with mental health disorders: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(5), 873-899. <https://doi.org/10.1111/jpm.12789>
- Kienlin, S., Eiring, Ø. & Kasper, J. (2020). Samvalg. *Michael*, 17(24), 7-13.

Kildekompasset. (u.å.). *Hva er kildekritikk?* <https://kildekompasset.no/kildekritikk/#faq-1>

Kvarstein, E. H. (2020). Forstyrrelser i personligheten. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 132-144). Gyldendal.

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid: Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.

Lundeby, T. (2020). Hvordan få til den gode pasientkommunikasjonen?: En modell for samtale med personer som opplever psykiske helseutfordringer. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (s. 114-138). Gyldendal.

Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring* (3. utg.). Gyldendal.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe.

Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>

Metz, M. J., Veerbeek, M. A., Feltz-Cornelis, C. M. V. D., Beurs, E. D. & Beekman, A. T. F. (2018). Decisional conflict in mental health care: a cross-sectional study. *Social*

*Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(2), 161-169.

<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1467-9>

Mjø Sund, N. H., Eriksson, M., Espnes, G. A. & Vinje, H. F. (2019). Reorienting Norwegian mental healthcare services: listen to patients' learning appetite. *Health Promotion International*, 34(3), 541-551. <https://doi.org/10.1093/heapro/day012>

Molven, O. (2015). Pasienters og brukeres rettigheter og plikter. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 70-103). Cappelen Damm Akademisk.

Nightingale, F. (2010). Convalescence. I V. Skretkovicz (Red.), *Florence Nightingale's Notes on nursing and Notes on Nursing for the Labouring Classes: Commemorative Edition with Historical Commentary* (s. 268-273). Springer Publishing Company.

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

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

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Olsen, K. S. (2018). Her er havet – om empati som utgangspunkt for faglig kommunikasjon. I C. Fjellidal & A. Örtenblad (Red.), *Faglig kommunikasjon i praksis* (s. 121-137). Universitetsforlaget.

Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2017). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (2017:00801). SINTEF.  
<https://www.sintef.no/siste-nytt/2017/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2017/>

Pals, R. A. S. & Hempler, N. F. (2018). How to achieve collaborative approach in health promotion: preferences and ideas of users of mental health services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1188-1196. <https://doi.org/10.1111/scs.12564>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Sjåfjell, T. (2021). Brukeren om medvirkning. I R. Sørly, B. E. Karlsson & T. Sjåfjell (Red.), *Medvirkning i psykisk helse- og rusarbeid* (s. 95-107). Universitetsforlaget.

Strand, L. R. (2018). Kommunikasjon med pasienter med psykiske lidelser. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (88-117). Gyldendal.

Svindseth, M. F. (2021). Generelt om psykiske lidelser. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s. 177-180). Fagbokforlaget.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N. & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient. *Journal of Advanced Nursing* 72(4), 723-734.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12862>

# Vedlegg

## 1 PICO-skjema

Tabellen viser korleis problemstillinga er sett inn i PICO-skjemaet.

	PROBLEMSTILLING	NORSKE SØKEORD	ENGELSKE SØKEORD
P	Personar med psykisk sjukdom	Psykisk sjuk*, psykiatrisk pas*	Psychiatric patient*, mental illness*, mental disorder*, psychiatric illness*, psychiatric disorder*  MESH: psychiatric patients, mental disorders, (mental disorders, chronic)
I	Auka kunnskap blant pasientar	Informasjon*, lære*, opplæring*, utdann*	Information, inform*, education, educate*, knowledge
I	Kommunikasjon	Kommunikasjon*	Communication*, non-verbal communication, body language*, personal communication, nurse-patient relation*, relationship building, patient professional relation*, nurse patient interaction, nurse patient communication, nurse-patient therapeutic relation*, relational competence*  MESH: professional-patient relations, nurse-patient relations
I	Sjukepleiar	Sjukepleier*	Nurse*



C	Ikkje relevant	-	-
O	Auka grad av brukarmedverknad	Brukermedvirkning*	Patient participation*, patient involvement*, patient empowerment* MESH: Consumer-participation

## 2.1 Litteratursøk - CINAHL

Tabellen viser korleis litteratursøket er gjennomført i CINAHL 17.11.2021.

SØK	SØKEOMRÅDE	SØKEORD	TREFF	SAMANDRAG LEST	ARTIKLAR LEST	UTVAL
S1	Populasjon	TI (mental illness* or mental disorder* or psychiatric illness* or psychiatric disorder*)	8 819			
S2	Populasjon	AB (mental illness* or mental disorder* or psychiatric illness* or psychiatric disorder*)	34 332			
S3	Populasjon	MH "psychiatric patients"	13 446			
S4	Populasjon	(MH "mental disorders") or (MH "mental disorders, chronic)	64 086			

S5	Populasjon	S1 or S2 or S3 or S4	98 612			
S6	Kommunikasjon	(MH "professional-patient relations") or (MH "nurse-patient relations")	62 779			
S7	Kommunikasjon	((nurse* or patient* or professional*) N3 (relation* or interaction)) or communication or non-verbal communication or body language or relational competence or ((patient) N2 (knowledge or information or inform* or education or educate*))	692 291			
S8	Kommunikasjon	S6 or S7	692 291			
S9	Brukarmedverknad	MH "consumer participation"	22 021			

S10	Brukarmedverknad	Patient* N1 (participation or involvement or empowerment or engagement)	10 914			
S11	Brukarmedverknad	S9 or S10	30 380			
S12	Problemstilling	S5 and S8 and S11	397			
S13	Avgrensing: engelsk språk	S12	353			
S14	Avgrensing: geografisk opprinnelse	S13	318			
S15	Avgrensing: alle voksne	S14	120			
S16	Avgrensing: nyare enn 2016	S15	55			
S17	Avgrensing: akademiske tidsskrifter	S16	51	9	4	3

## 2.2 Litteratursøk - MEDLINE

Tabellen viser korleis litteratursøket er gjennomført i MEDLINE 18.11.2021.

SØK	SØKEOMRÅDE	SØKEORD	TREFF	SAMANDRAG LEST	ARTIKLAR LEST	UTVAL
S1	Populasjon	TI (mental illness* or mental disorder* or psychiatric illness* or psychiatric disorder*)	12 920			
S2	Populasjon	AB (mental illness* or mental disorder* or psychiatric illness* or psychiatric disorder*)	106 352			
S3	Populasjon	MH "psychiatric patients"	141 015			
S4	Populasjon	(MH "mental disorders")	170 679			
S5	Populasjon	S1 or S2 or S3 or S4	262 013			

S6	Kommunikasjon	(MH "professional-patient relations") or (MH "nurse-patient relations")	63 824			
S7	Kommunikasjon	((nurse* or patient* or professional*) N3 (relation* or interaction)) or communication or non-verbal communication or body language or relational competence or ((patient) N2 (knowledge or information or inform* or education or educate*))	1 640 212			
S8	Kommunikasjon	S6 or S7	1 640 212			
S9	Brukarmedverknad	Consumer participation	637			
S10	Brukarmedverknad	Patient* N1 (participation or involvement or	47 572			

		empowerment or engagement)				
S11	Brukarmedverknad	S9 or S10	48 084			
S12	Problemstilling	S5 and S8 and S11	683			
S13	Avgrensing: engelsk språk	S12	650			
S14	Avgrensing: geografisk opprinnelse	S13	543			
S15	Avgrensing: alle voksne	S14	411			
S16	Avgrensing: akademiske tidsskrifter	S15	405			
S17	Avgrensing: nyare enn 2016	S16	43	10	3	2

## 2.3 Litteratursøk - Academic Search Elite

Tabellen viser korleis litteratursøket er gjennomført i Academic Search Elite 18.11.2021.

SØK	SØKEOMRÅDE	SØKEORD	TREFF	SAMANDRAG LEST	ARTIKLAR LEST	UTVAL
S1	Populasjon	TI (mental illness* or mental disorder* or psychiatric illness* or psychiatric disorder*)	14 114			
S2	Populasjon	AB (mental illness* or mental disorder* or psychiatric illness* or psychiatric disorder*)	243 024			
S3	Populasjon	Psychiatric patient*	5			
S4	Populasjon	S1 or S2 or S3	246 135			
S5	Kommunikasjon	Professional-patient relation* or nurse-patient	2 240 542			



		relation* or ((nurse* or patient* or professional*) N2 (relation* or interaction)) or communication or non-verbal communication or body language or relational competence ((patient) N2 (knowledge or information or inform* or education or educate*))				
S6	Brukarmedverknad	Patient* N1 (participation or involvement or empowerment or engagement)	19 538			
S7	Problemstilling	S4 and S5 and S6	558			
S8	Avgrensing: engelsk språk	S7	550			
S9	Avgrensing: geografisk opprinnelse	S8	130			

S10	Avgrensing: nyare enn 2016	S9	87			
S11	Avgrensing: akademiske tidsskrifter	S10	87	15	4	3

### 3 Litteraturmatrise

Tabellen er ei systematisk oversikt over forskingsartiklane som er presentert som syntese i funddelen av oppgåva.

Fofattarar Publiseringsår Tidsskrift	Artikkeltittel	Artikkeldesign	Føremål	Funn	Konklusjon
Keen, A., Lu, Y., Oruche, U. M. & Mazurenko, O. (2021). <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</i>	Activation in persons with mental health disorders: An integrative review	Oversikts- artikkel	Finne ut kva faktorar som kan auke grad av pasientakti vering, og kva tiltak som er effektive for å oppnå det.	Fleire artiklar viser ein samanheng mellom faktorar og grad av pasientaktiv ering, t.d. terapeutisk allianse og kvaliteten på kommunikas jonen. I tillegg viser studien at opplæringsti ltak ser ut til å auke grad av	Opplæring verkar som eit effektivt tiltak, men ein treng meir kunnskap for å få betre forståing av tematikken.

				<p>pasient-aktivering. Sidan opplæringstiltaka er veldig ulike, kan ein ikkje fastslå kva tiltak som er best.</p>	
<p>Jørgensen, K. &amp; Rendtorff, J. D. (2018). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>.</p>	<p>Patient participation in mental health care - perspectives of healthcare professionals: an integrative review</p>	<p>Oversiktsartikkel</p>	<p>Finne ut korleis helsepersonell ser på utfordringane med brukarmedverknad innan behandling av psykiske lidningar.</p>	<p>Samarbeidet mellom pasienten og helsepersonell påverkar pasientdeltakinga, og blir igjen påverka av kommunikasjonen mellom partane. Ressursane til pasienten påverkar grad av brukarmedverknad</p>	<p>Brukarmedverknad er eit diffust omgrep, og blir difor vanskeleg å overføre til praksis. Det gjer det også vanskeleg å seie noko sikkert om funna i artikkelen.</p>

				, og er det naudsynt med individuell tilnærming. Vidare må ein gå over til ei holistisk pasientsyn. I tillegg viser artikkelen til at brukarmedv erknad ikkje har noko klar definisjon, og difor fører til ulike tolkingar av omgrepet.	
Metz, M. J., Veerbeek, M. A., Feltz-Cornelis, C. M. V. D., Beurs, E. D. & Beekman, A. T. (2018).	Decisional conflict in mental health care: a cross-sectional study	Kvantitativ metode	Undersøke i kva grad pasientar opplever DC når dei skal ta val knytt til behandling a. I tillegg	DC er høgast knytt til informasjon og vissheit, og lågast knytt til kor komfortbale , tilfredse og forplikta	DC er jamt over høg på alle dei undersøkte områda. Ved å skilje dei ulike dimensjonane av DC kan ein få kunnskap om

<i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.</i>			ser studien på sosiodemografiske- og kliniske karakteristikk assosiert med pasientar sitt syn på DC.	pasientane følte seg til avgjersleprosessen. Pasientar som opplevde å ha god innverknad på eigen livssituasjon, opplevde lågare grad av DC.	sosiodemografiske- og kliniske faktorar som kan forbetre avgjersleprosessen.
Mjørund, N. H., Eriksson, M., Espnes, G. A. & Vinje, H. F. (2019). <i>Health Promotion International.</i>	Reorienting Norwegian mental healthcare services: listen to patients' learning appetite	Kvalitativ metode	Finne ut kva tiltak tidlegare pasientar, innlagt på psykiatrisk avdeling på sjukehus i Noreg, ser på som helsefremmande for eiga psykisk helse.	Erfaringskunnskapen til pasientane peikar på eit behov for opplæring av pasientar. Det gjeld både knytt til eigen sjukdom, men også daglegdagse ting som t.d. søvn.	Auka kunnskap, både gjennom eit salutogenistisk- og patogent perspektiv, vil gjø pasientane betre føresetnadar for å leve godt med sjukdom. Det krev endring i helsepersonell sitt syn på

					sjukdom og behandling.
Pals, R. A. S & Hempler, N. F. (2018). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</i>	How to achieve a collaborative approach in health promotion: preferences and ideas of users of mental health services	Kvalitativ metode	Undersøke korleis brukarar tenker ein kan oppnå eit samarbeid innan helserelatert kommunikasjon, og finne ut kva helsepersonell og familiemedlemmar tenker om brukarane sine tankar.	Brukarar vil vere med å bestemme føremålet med helsehjelpa og kvar den skal føregå. Dei ynskjer også informasjonssdeling mellom brukarar og helsepersonell, inkl. kva som er brukaren sine endringsmotivasjon. Helsepersonell ser på helsefremming og relasjonsbygging som individuelle fenomen, medan	Brukarar etterlyser større grad av brukarmedverknad og individuelle tilpassingar. Likevel bør utforsking av endringsmotivasjon hos brukaren og informasjonsutveksling mellom partane vere standard. Det kan krevje kompetanseutvikling hos helsepersonell.

				<p>brukarar ser på relasjonsbygging som helsefremmende.</p> <p>Avslutningsvis vil familiemedlemmar ha meir støtte og informasjon om korleis dei best kan støtte brukaren.</p>	
<p>Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J. Whitaker, N. &amp; Rasmussen, P. (2016). <i>Journal of Advanced Nursing.</i></p>	<p>Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?</p>	<p>Paraply-oversikt</p>	<p>Utforske kva forskingsliteraturen seier om forholdet mellom pasient og sjukepleiar, og kva faktorar som påverkar forholdet.</p>	<p>Både sjukepleiarar og pasientar har eit sett av forventingar til det profesjonelle forholdet, og difor må sjukepleiare tilpasse handlingane</p>	<p>Forventningane til pasienten er essensielle for det profesjonelle forholdet. Pasienten treng å bli møtt med kompetanse, medkjensle og omsorg, slik at han opplever tillit. Det er</p>



				<p>sine til pasienten sine forventninga r. Studien oppsummerer også aspekt knytt til verdiar, kunnskap og ferdigheiter, kommunikas jon, og kontekst og miljø som påverkar forholdet.</p>	<p>også viktig med ein open dialog der pasienten kan komme med tilbakemelding ar.</p>
--	--	--	--	--	---



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-12-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 HØST
<b>Sluttdato:</b>	13-12-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2021 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	Sissel Hjelle Øygaard		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	202
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7976
----------------------	------

Sett hake dersom Ja  
besvarelsen kan brukes  
som eksempel i  
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja  
innlevering til  
biblioteket \*:

Egenerklæring \*: Ja  
Inneholder besvarelsen Nei  
konfidensielt  
materiale?:

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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 12  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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