



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	483
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7997
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
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:	85
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen 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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Empowerment for personer med langvarig
psykoseproblematikk – *Et sykepleie mål*

*Empowering people with long-term
psychosis – A nursing goal*

Kandidatnummer: 483

Bachelor i sykepleie, Haugesund
Fakultetet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 28.04.2022

Antall ord: 7997

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, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Empowerment for personer med langvarig psykoseproblematikk – en sykepleiers mål

Bakgrunn: Konsekvensene av langvarig psykoseproblematikk er mange. Denne gruppen faller ofte utenfor i et klinisk styrt system som spesialisthelsetjenesten, og opplever ofte å ikke bli tydelig hørt eller sett i behandlingsforløpet.

Problemstilling: Hvordan kan recoveryorientert-praksis i spesialisthelsetjenesten bidra til økt empowerment hos personer med langvarig psykoseproblematikk?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleieren gjennom recoveryorientert praksis kan bidra til empowerment hos personer med langvarig psykoseproblematikk.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie basert på forskningsartikler, pensum for bachelorutdanning i sykepleie, og annen relevant litteratur. Både kvalitativ og kvantitativ forskning er brukt for på best mulig vis svare på oppgaven.

Resultater: Personlig recovery og empowerment er viktig for personer med psykose utfordringer. Sykepleiere's holdninger, og organiseringen av helsetjenesten påvirker deres evne og mulighet til å bidra til Empowerment.

Konklusjon: Recoveryorientert praksis kan bidra til empowerment, men det krever engasjement for faget, forståelse for pasientene, og holdninger og verdier hos sykepleieren og i organisasjonen som opprettholder ideen om at personlig recovery handler om å leve et liv som er meningsfullt på tross av begrensningene den psykiske utfordringene representerer.

Nøkkelord: Psykose, schizofreni, Empowerment, personlig recovery, recoveryorientert praksis, sykepleie

Abstract

Title: *Empowering people with long-term psychosis – a nursing goal*

Background: The consequences of long-term psychosis are many. This group often falls behind in a clinically controlled environment like the specialist health care, and often experiences not being seen or heard in the course of treatment.

Research question: How can recovery-oriented practice in specialist health care contribute to increased empowerment in people with long-term psychosis?

Aim: The purpose of this study is to shed light on how nurses through recovery-oriented practice can contribute to increased empowerment in people with long-term psychosis.

Method: This thesis is a literature study based on research articles, curriculum for bachelor's education in nursing, and other relevant literature. Both qualitative and quantitative research is used to answer the research question in the best way possible.

Results: *Personal recovery and empowerment is important to people with psychosis. Nurses attitudes, and the organization of the health services affect their ability to contribute to empowerment.*

Conclusion:: *Recovery-oriented practice can contribute to empowerment, but it requires commitment, understanding the patients, and attitudes and values of the nurse and in the organization that upholds the idea that personal recovery personal recovery is about living a life that is meaningful despite the limitations of mental challenges represents.*

Keywords: psychosis, schizophrenia, Empowerment, personal recovery, recoveryoriented practice, nursing

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
1.0 Bakgrunn	4
1.1 Valg av tema	4
1.2 Presentasjon av tema	4
1.3 Teoretisk grunnlag	5
1.3.1 Recovery og Empowerment	5
1.3.2 Recoveryorientert praksis i spesialisthelsetjenesten	6
1.3.3 Psykoselidelse og langvarig psykoseproblematikk	7
1.4 Avgrensning og presisering	9
1.5 Problemstilling	9
2.0 Metode	10
2.1 Litteraturstudie som metode	10
2.2 Fremgangsmåte og litteratursøk	10
2.3 Etske overveielser	13
2.4 Kildekritikk	13
3.0 Resultater og funn	15
3.1 <i>The importance of Personal Recovery and Perceived Recovery support among service users with psychosis</i>	17
3.2 <i>Shared decision making in a semi-secluded chronic psychiatric ward: The reflective lifeworld experiences of patients with schizophrenia or schizoaffective disorders and nursing staff</i>	18
3.4 <i>Refleksjon over praksis i lys av Empowerment – en fokusgruppeundersøkelse</i>	19
3.5 <i>Personal Recovery in People With a Psychotic Disorder: A Systematic Review & Meta-Analysis of Associated Factors</i>	20
3.6 <i>Presentasjon av hovedfunn</i>	20
4 Drøfting	22
1.1 Å se personen som løsningen	22
4.2 Sykepleierens holdning til empowerment påvirker praksis	24
4.3 Muligheten å bidra til empowerment i en klinisk styrt helsetjeneste	27
5.0 Konklusjon	29
6.0 Referanseliste	31
7.0 Vedlegg	35
7.1 Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie	35

1.0 Bakgrunn

1.1 Valg av tema

Gjennom praksis og jobb på psykosepost på distrikt psykiatrisk sykehus (DPS) og som pårørende til en far diagnostisert med paranoid schizofreni har jeg opplevd at personer med langvarige psykoseutfordringer ofte blir stemplet som «kronikere», uten mye håp for bedring eller endring. Det glemmes at det finnes et menneske bak sykdommen og symptomene, med ønsker, drømmer, og et helt liv utenfor avdelingen. Jeg ønsker å finne ut mer om hvordan recoveryorientert praksis i spesialisthelsetjenesten kan bidra å hjelpe disse menneskene til å oppleve mer empowerment i eget liv og egen recovery.

1.2 Presentasjon av tema

Spesialisthelsetjenesten har lenge vært preget av klinisk recovery, hvor fokuset har vært å minske symptomer, behandle helseutfordringer, gjenvinne sosial funksjon og «gå tilbake til det normale». Personlig recovery har som mål å fremme muligheter og troen på at man kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv om man lever med psykiske problemer eller lidelser (Slade, 2015, s. 6). Recoveryorientert praksis skal ifølge helsedirektoratet (2013, s.29) vektlegge denne holdningen og skal rette oppmerksomheten mot det som er viktig for den enkelte, hvordan kriser og problemer kan håndteres, og hva som øker muligheten for å oppleve mestring. For mange kan relasjonen til ansatte i psykiske helsetjenester være et viktig bidrag til recovery, der de ansatte skal stille sin kunnskap til rådighet, og samtidig verdsette at brukeren er ekspert på seg selv, gjennom egne erfaringer (Slade, 2015, s. 6).

Forskning har identifisert fem faktorer som har vist seg å være sentrale i brukernes egne recovery prosesser; tilknytning, håp, identitet, mening i livet og empowerment, også kalt CHIME modellen (Leamy et al, 2011, s.449). I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på empowerment. WHO definerer begrepet empowerment innen helsefremmende arbeid som prosesser som setter personer i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse (Helsedirektoratet, 2018). Dette begrepet bygger på tanken om at mennesker er aktør i eget liv, og i recoveryorientert praksis handler det om å snu den tradisjonelle tilnærmingen om at

personen er problemet, til å se på personen som en del av løsningen og en person som er i stand til å ta ansvar for eget liv. Som helsepersonell skal vi dermed støtte personen til et punkt hvor de selv er kan ta ansvar, og være hovedaktør i eget liv (Slade, 2015, s. 40).

1.3 Teoretisk grunnlag

1.3.1 Recovery og Empowerment

Personlig recovery som denne oppgaven bygger på beskrives ofte slik;

«En dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske utfordringene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og mulighet til å vokse og utvikle seg» (Anthony 1993, i Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013, s. 10)

Helsedirektoratet fremholder i *Sammen om mestring – veileder for lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid* (2014, s.30-31) at recovery er et faglig perspektiv med utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, med mål at den enkelte kan leve et meningsfullt liv på tross av begrensningene problemet kan forårsake. Dette perspektivet legger til grunn at tjenesteutøveren ser på personen som eksperten på seg selv og formidler troen på at de kan utvikle seg og få et bedre liv. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll av eget liv er sentrale momenter. Empowerment handler om nettopp dette. At personen er den viktigste aktøren i sitt liv og i alle bruker- og pasientforløp. I utviklingen av CHIME modellen kom det frem tre punkter som var viktige for å oppnå empowerment: Personlig ansvar, kontroll over eget liv og fokus på styrker (Leamy et al, 2011, s. 448). Empowerment som prosess skal gjøre personen i stand til å øke kontroll over egen helsetilstand og forbedre egen helse. Ens ressurser og evne til å kontrollere eget liv står som utgangspunkt, sett at de gis makt eller autoritet, gjøres i stand til og tillates å delta i sentrale vurderinger og valg (Helsedirektoratet, 2014, s. 30). Lauveng (2020) beskriver empowerment som å overlate makt, eller legge til rette for maktfordeling (2020, s. 197).

1.3.2 Recoveryorientert praksis i spesialisthelsetjenesten

Utvikling av recovery i praksis starter i et samarbeid mellom brukere, pårørende, fagpersoner, frivillige, ledere og andre aktuelle personer (Karlsson & Borg, 2017, s. 79). De beskriver fem prinsipper for recoveryorientert praksis og et recovery samarbeid som bygger på dialog og handlinger relatert til; 1. at det er en unik person i sentrum for samarbeidet, med utgangspunkt i personens erfaringer, ønsker og ressurser, deres nettverk, sosiale miljø og levekår. Som tjenesteutøvere skal vi støtte deres rettigheter som innbygger i tillegg til å lytte til og anerkjenne deres egne meninger og mål. 2. Å gi personen reelle valgmuligheter, og støtte personen i å ta velinformerte valg. Tydeliggjøre personens menneskerettigheter, pasient- og brukerrettigheter og gi dem mulighet til å bygge på egne ressurser og øve på utfordringer i trygge rammer. Retten til brukermedvirkning er lovfestet i blant annet pasient- og bruker rettighetsloven (1999, § 3). 3. Å vise verdighet og respekt ved bruk av forståelig og respektfullt språk, være lydhør og ha sensitivitet for forskjeller i tro, kultur og væremåte, være ærlig og oppriktig og utfordre diskriminerende handlinger og væremåter i fagmiljø og samfunn. 4. våge å ta sjanser og prøve seg frem, utfordre rammebetingelsene for «tradisjonell» praksis og utfordre og arbeide med holdninger som hemmer Recovery. 5. Å ha kunnskap om og erfaringer med at recovery foregår i personens hverdag og at psykiske problemer ofte henger sammen med livshendelser og levekår (Karlsson & Borg, 2017, s. 79). Dette understreker Slades beskrivelse som nevnt i innledningen at recoveryorientert praksis handler om å snu den tradisjonelle tilnærmingen fra tanken om at personen er problemet til å være en del av løsningen, og en person i stand til å ta ansvar for sitt eget liv Som sykepleiere er det vi som skal støtte i arbeidet de må gjennom for å oppleve recovery.

Spesialisthelsetjenesten er andrelinjetjenesten i det norske helsevesenet. I forarbeidet til spesialisthelsetjenesteloven fremgår det at spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type helsetjenester det ble funnet hensiktsmessig å ikke legge ansvaret for på det kommunale nivå (Helsedirektoratet, 2015). Primærhelsetjenesten er kommunenes ansvar og har dermed et viktig og bredt ansvar for pasienters behandling og rehabilitering, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1). Samhandlingsreformen fra 2009 (st.meld. nr. 47 (2008-2009)) hadde som mål å få til et bedre samarbeid mellom kommunene og

helseforetakene, der begge partene skulle inngå forpliktende avtaler om samarbeidsformer av både faglig og administrativ karakter for å utfylle hver av disse sine plikter etter lovgivingen. Gjennom dette ble mer av sykehusbehandlingen overført til kommunene (Braut & Aarheim, 2020, s. 50). En kan derfor si at det er i kriser en kommer til spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten skal gi utredning, diagnostisering og behandling på spesialistnivå og samhandle med kommunene og NAV samt andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet skal bidra til at pasienter og brukere opplever samordnede tjenester (Helsedirektoratet, 2013, s. 110-114). Mange pasienter med psykoseproblematikk vil ha behov for langvarig poliklinisk og/eller ambulante tjenester ved blant annet DPS. I samarbeidet mellom kommunene og DPS vil det være ulike fokus, hvor kommunene er mer rettet inn på det praktiske og på problemløsning i hverdagen til deres brukere, mot DPS sitt ofte mer tradisjonelle kliniske fokus (Helsedirektoratet, 2013, s. 117). Behandlingsform(er) skal derimot avtales mellom pasient og behandler i spesialisthelsetjenesten og helsedirektoratet understreker helsepersonell sitt selvstendige ansvar å gjennomføre arbeidet i tråd med lovverk samt faglige og etiske retningslinjer. Respekt for autonomi og brukermedvirkning, og å se pasienten som et medmenneske med rett til selvbestemmelse og medvirkning er dermed en grunnleggende del av hvordan sykepleieutøvelsen skal utføres i både primær og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2013, s. 28). I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 7)) blir blant annet samvalg (shared decision making) trukket frem for hva som bør være normalen i den norske helsetjenesten. Samvalg er en arbeidsform som involverer pasienten aktivt i avgjørelser om behandling i helsetjenesten med støtte fra helsepersonell. Formålet er å styrke pasienten ved å gi økt innflytelse og ved å trekke frem hva som er viktig for den enkelte (Helsedirektoratet, 2019). Samvalg er en sentral del av recoveryorientert praksis og empowerment.

1.3.3 Psykoselidelse og langvarig psykoseproblematikk

1.3.3.1 Psykose

Psykose er en betegnelse som brukes om symptomer og tilstander der en person har opplevelser og oppfatninger som kjennetegnes av «realitetsbrist», altså; en

virkelighetsoppfatning som ikke står i tråd med hvordan andre mennesker oppfatter den. Psykose deles inn i positive symptomer (tankeforstyrrelser, hallusinasjoner og tankeforstyrrelser) og negative symptomer (fravær av normale mentale funksjoner, affekt avflating, apati, og redusert kognitiv funksjon) (Gonzales, 2020, s. 121-124). Personer som opplever psykose, beskriver det som å stå mellom to verdener; den flertallet deler og ens private. Dette kan føre til stor bekymring, usikkerhet og forvirring. Opplevelsen av psykose kan føles truende, og angsten er fremtredende hos mange. Ikke minst oppleves det ensomt å stå i en verden hvor ens vurderinger og oppfatninger ikke deles av andre (Hummelvoll, 2012, s. 340).

I denne oppgaven er det psykose som primær lidelse jeg velger å fokusere på; blant annet schizofreni, schizotyp lidelse, vrangforestillingslidelse og schizoaffektiv lidelse, og ekskluderer akutte og forbigående psykoser og rusutløste psykoser (Gonzales, s. 124).

Den alvorligste og den mest undersøkte av psykoselidelsene er schizofreni. En relativt sjelden sykdom, men med store konsekvenser for de som blir rammet, menneskene rundt dem og for samfunnet. Ofte rammer sykdommen i tidlig alder, og den syke faller ut av utdanning, arbeid og sosiale nettverk. En registerstudie estimerte at kun 10 % av personer med denne sykdommen er i arbeid (FHI, 2018, s. S.50).

1.3.3.2 Langvarig psykoseproblematikk

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for «utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» (2013, s. 141) beskriver flere faser i tilfriskningsprosessen ved schizofreni. *Remisjon/tilfriskning* vil si svakt symptomnivå målt i PANSS (positive and negative syndrome scale) med en varighet på minimum 6 måneder. Denne fasen utelukker ikke fortsatt behandling. *Recovery/frisk* har like kriterier som ved remisjon, men lenger varighet. Ved *helbredelse* fra schizofreni må recovery, totalt symptom fravær og ikke behov for behandling være til stede. Ved behandling av schizofreni anbefaler retningslinjen for behandling av psykoselidelser behandling i to år etter første psykotiske episode og opptil fem år ved flere episoder. Tidlig oppstart av antipsykotika har vist seg å gi bedre behandlingsresultater over tid (Gonzales, s.127). Studier viste at rundt 25% får et kronisk livslangt forløp (Helsedirektoratet, 2013, s. 141). Her er det viktig å poengtere at det er det

kliniske recovery perspektivet kommer frem, og er ikke det samme som personlig recovery. Det poengteres i de nasjonale faglige retningslinjene at recovery fasen i tilfriskningsprosessen også vektlegger den subjektive opplevelsen av sykdommen, men at dette er et bedringsperspektiv det er vanskelig å måle. Helsedirektoratets beskrivelse er også basert på studier med gruppedata, og ikke det individuelle forløpet og prognose.

Konsekvensene av langvarig psykose forløp er mange. Ofte opplever de tilleggsvansker som ensomhet, dårlig økonomi, bortfall av arbeidsmuligheter, angst, depresjon eller rusmisbruk. De som opplever sosialt funksjonsfall har ofte behov for å bo i vernede boliger, og følges vanligvis opp av enten spesialisthelsetjenesten eller av det psykiske helsevernet i kommunehelsetjenestene. Denne gruppen er oftest mottagere av trygdeytelser (Skårderud et al, 2018, s. 319). En rapport fra folkehelseinstituttet viste at psykiske lidelser generelt er forbundet med økt risiko for somatiske lidelser og tidlig død. Forventet levealder for personer med schizofreni er blant annet om lag 10-20 år kortere sammenliknet med den generelle befolkningen (FHI, 2018, s.50). Dette kan nok delvis forklares med sammenhengen mellom psykiske lidelser og økt bruk av tobakk, alkohol, usunt kosthold, overvekt og lite fysisk aktivitet.

1.4 Avgrensning og presisering

Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på mennesker med langvarig psykoseproblematikk. Jeg avgrenser oppgaven til personer over 18 år, arenaen til spesialisthelsetjenesten, og målgruppen er begge kjønn.

1.5 Problemstilling

Hvordan kan recoveryorientert-praksis i spesialisthelsetjenesten bidra til økt empowerment hos personer med langvarig psykoseproblematikk?

2.0 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten en benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse ens problemstilling (Thidemann, I.J, 2020, s.75). Sosiologen Vilhelm Aubert definerte metode slik:

” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2021, s. 53).

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har jeg brukt systematisk litteraturstudie som metode for på best mulig vis svare på min problemstilling. Denne typen studie har som formål å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder og gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på området problemstillingen belyser og beskrive hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2020, s.78). Denne metoden innebærer et strategisk og systematisk søk i databaser for å finne overføringsverdi til valgt emne. Her brukes søkeord, og kombinasjoner av disse på forskjellige måter med bruk av blant annet bindeordene «AND og «OR» for å finne relevant forskning (Dalland, 2021, s. 150).

2.2 Fremgangsmåte og litteratursøk

I denne oppgaven har jeg søkt systematisk for å finne relevante forskningsartikler. For å finne denne forskningen valgte jeg å bruke Academic Search Elite. Denne databasen gjør det mulig å søke i både Medline, Cinahl og Cinahl with full text samtidig. Jeg opplevde at dette effektiviserte søket. Både Cinahl og Medline inneholder artikler fra helsefag og Cinahl er særlig relevant for sykepleie. Disse databasene inneholder forskningsartikler fra verden over og ga meg dermed muligheten til et bredt søk for å identifisere problemområdet i andre land. Jeg gjorde til slutt et søk på Swemed+ for å undersøke om det fantes noen relevante skandinaviske artikler jeg ikke hadde funnet i de andre databasene. En artikkel ble funnet ved håndsøk med søk etter artikler med Mike Slade, som er en fremtredende forsker innen recovery tenkningen og har bidratt til utviklingen av recoveryorientert praksis.

Det har vært utfordrende å finne relevant forskning som svarte konkret på problemstillingen jeg har valgt til denne oppgaven. Gjennom søkeprosessen ble det tydelig at det er lite forskning på akkurat empowerment for psykose pasienter i recoveryorientert praksis, spesielt i spesialisthelsetjenesten eller det tilsvarende i andre land. Flere artikler jeg fant som forsket innenfor akkurat dette valgte jeg å ekskludere da de var utført i land som ikke naturlig kunne overføres til norsk psykiatri praksis. Flere var ikke spesifikke for psykose pasienter, noen var for pårørende eller de var basert i kommunehelsetjenester. Jeg valgte også å ekskludere artikler som spesifikt forsket på empowerment hos pasienter spesifikt under tvunget psykisk helsevern eller i rettspsykiatriske institusjoner. Noen av disse ble derimot brukt som sekundærlitteratur i drøftingen. Det ble dermed nødvendig å finne artikler med elementer av problemstillingen for å besvare oppgaven. Jeg leste gjennom flere artikler som handlet om personlig recovery hos mennesker med psykose og valgte ut de som fikk frem empowerment elementet. Jeg inkluderte også shared decision making når jeg lette gjennom artikler, da dette er en viktig del av empowerment, og noe som allerede brukes i praksis i spesialisthelsetjenesten.

Nedenfor er en tabell av søkene som ble gjort (tabell 1). Søkene ble foretatt i perioden 4 mars til 10 april.

Tabell 1: Søketabell

Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
Academic search elite (medline, Cinahl og Cinahl med full text)	<i>Recovery-oriented practice AND mental health services or mental health care or psychiatric services</i>	Publisert: 2011-2022, Språk: Dansk, Engelsk, norsk, svensk	528	16	6	Skar-Fröding et. al., 2021

Academic search elite (medline, Cinahl og Cinahl med full tekst)	<i>Recovery - oriented practice AND psychosis or schizophrenia or psychotic disorder</i>	Publisert: 2011-2022, Språk: Dansk, Engelsk, norsk, svensk	76	8	3	0
Academic search elite (medline, Cinahl og Cinahl med full tekst)	<i>Recovery - oriented practice AND psychosis or schizophrenia or psychotic disorder AND mental health services or mental health care or psychiatric services</i>	Publisert: 2011-2022, Språk: Dansk, Engelsk, norsk, svensk	24	3	0	0
Academic search elite (medline, Cinahl og Cinahl med full tekst)	<i>Schizophrenia or psychosis or psychotic disorder or schizophrenic disorder AND empowerment AND Nurs*</i>	Publisert: 2011-2022, Språk: Dansk, Engelsk, norsk, svensk	348	7	2	0
Academic search elite (medline, Cinahl og Cinahl med full tekst)	<i>Schizophrenia or psychosis or psychotic disorder AND empowerment or empowering or empower AND nurs*</i>	Publisert: 2011-2022, Språk: Dansk, Engelsk, norsk, svensk, Alder: + 19 år	190	5	3	Wesseldijk-Elferink et.al., 2021
Academic search elite (medline, Cinahl og Cinahl med full tekst)	<i>Personal recovery AND Schizophrenia or psychosis or psychotic disorder</i>	Publisert: 2011-2022, språk: dansk, engelsk, norsk, svensk	358	6	3	0
Svemed+	<i>Recovery AND</i>	Publisert:	6	0	0	

	<i>psychosis</i>	2011-2022				
Svemed+	<i>Empowerment AND nurs*</i>	Publisert: 2011-2019	14	2	2	Onstad, R.F et.al., 2015
Svemed+	<i>Empowerment AND psychosis</i>	Publisert: 2011-2019	0			
Google scholar (håndsök)	<i>Personal recovery AND psychosis</i>	Publisert: 2011-2022. Forfatter: Mike Slade	778	4	2	Leendertse, J.C.P et al, 2021

2.3 Etiske overveielser

Forskningsetikk har å gjøre med vurdering av forskning opp mot samfunnets normer og verdier. Vurderingene som tas skal omfatte alle sider av forskningen, fra planlegging og valg av problemstilling, til hvilke metoder som brukes til hvordan resultatene tenkes å anvendes og rapporteres (Dalland, 2021, s.169). Det handler ikke minst om personvernet og sikre at de som deltar ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Målet om ny kunnskap skal ikke gå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Helsinkideklarasjonen, som ble vedtatt i 1964, og senest revidert i 2013 gir veiledende regler helsepersonell må rette seg etter når de utfører studier som omfatter mennesker. I deklarasjonen står hensynet til sårbare grupper sterkt. Forskning hos denne gruppen ses på som en nødvendighet, da mangel på relevant kunnskap gjør behandling usikker og utsetter disse individene for risiko. Forskningen må dermed antas å komme disse sårbare gruppene til gode. De forskningsetiske komiteene har her særlig ansvar for å kontrollere forskning (Førde, 2014). Ved utførelse av norske helsefaglige studier må det søkes om forhåndsgodkjenning fra det regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for å sikre at prosjektet er etisk forsvarlig å gjennomføre. Av de inkluderte forskningsartiklene jeg har valgt i oppgaven, er artikkel 1-3 godkjent av en etisk komité. Artikkel 4 er en systematisk litteraturstudie.

2.4 Kildekritikk

I denne oppgaven har jeg valgt 4 forskningsartikler. Artiklene belyser problemstillingen fra ulike perspektiver, noe som gjorde at jeg kunne drøfte temaet på et bredt grunnlag. Alle artiklene er fagfellevurdert, og jeg har brukt sjekklister fra helsebiblioteket (u.å) for å foreta kritiske vurderinger av hver enkelt studie. Eksempel på kritisk vurdering av en kvalitativ studie er vedlagt (vedlegg 1.1). Hensikten med kritisk vurdering er å kvalitetssikre, og å

bestemme deres relevans for min problemstilling (Thidemann, 2020, s. 26). Tre av de inkluderte artiklene er utgitt i 2021, og anses dermed som høyst relevante i dag. Én er utgitt i 2015, men jeg valgte å inkludere denne da den gir et viktig innblikk til praksis jeg mener er relevant å få med. To av studiene er utført i Norge, som gjør dem svært relevante, og de andre er utført i Nederland og Storbritannia. Disse kan til en stor grad overføres til norsk praksis, men lovverk, retningslinjer, og kulturulikheter vil allikevel skape en forskjell til praksis i Norge. Jeg har valgt studier med både pasient og helsepersonell perspektivet, da jeg ville få et helhetlig bilde av hvordan praksis påvirkes av både pasientenes opplevelser, ønsker og behov og helsepersonellet sine holdninger og erfaringer til recoveryorientert praksis og empowerment. To av studiene er kvantitative; Skar-Fröding, R., et al, er en tverrsnittstudie og brukte måleverktøyet *The INSPIRE Measure of Staff Support for Personal recovery*, for å undersøke om personlig recovery (PR) var viktig for personer med psykose og deres opplevde støtte for PR. Leendertse., et al, er en systematisk litteraturstudie av kvantitativ forskning som brukte validerte måleverktøy for PR for å få en oversikt over faktorene knyttet til PR. Alle de inkluderte artiklene i denne studien er fagfellevurdert. De andre to studiene er kvalitative studier. Wesseldijk-Elferink, I.J.M, et al, brukte en fenomenologisk hermeneutisk metode for å analysere, beskrive og tolke opplevelsene til pasienter og helsepersonell. Fenomenologien har som mål å finne mulige tolkninger av et fenomen, hermeneutikk handler om å fortolke, og sammen skal disse finne mening og forståelse gjennom livserfaringer (Dalland, 2020, s. 48-49). Denne studien består av et lite antall deltakere som begrenser generaliserbarheten av resultatene, men gir allikevel et innblikk i psykosepasienters indre liv og deres interaksjoner med helsepersonell, jeg synes var relevant å få med. Onstad., et al., brukte fokusgruppe intervju med kvalitativ innholdsanalyse for å utvikle kunnskap om helsepersonells (inkludert sykepleieres) profesjonelle mening og erfaring med empowerment. Det kvalitative intervju forsøker å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Intervjuet skal ikke bare fortelle oss om den enkelte, men skal helst kunne si noe utover den/de intervjuede personen/e (Dalland, 2020, s. 66-68).

Studiedesignet på de inkluderte artiklene varierer. I samtale med veileder kom vi frem til at for å få et bredt nok grunnlag for drøftingen, og ikke minst nok relevant forskning, var det best å inkludere forskningsartikler med ulike typer studiedesign. På bachelornivå tas det som

regel høyde for at relevante kilder med ulike metodiske tilnærminger aksepteres, og at man ikke bare kan benytte forskning med en type metode (Thidemann, 2019, s. 99).

Kunnskapspyramiden viser til ulike grader av oppsummering og kvalitetsvurdering av helsefaglig forskningslitteratur. På toppen finner vi kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer, og videre nedover finner vi systematiske oversikter og kvalitetsvurderte enkeltstudier (Helsebiblioteket, 2016), Ved å inkludere forskningsartikler med ulike studiedesign kunne jeg å svare på problemstillingen ut ifra ulike perspektiv og et bredere kunnskapsgrunnlag. Jeg har konsekvent forsøkt å benytte den nyeste og mest oppdaterte litteraturen, men har inkludert noe fra litteraturen som er noe eldre. Blant annet Hummelvoll fra 2012, og et par forskningsartikler jeg mener er relevante og viktige for å svare på oppgaven.

3.0 Resultater og funn

Jeg har valgt å presentere artiklene hver for seg, og har trukket ut empowerment elementene fra hver enkelt som er relevante for å svare på oppgaven.

Tabell 2 – En kort oversikt over de inkluderte forskningsartiklene og deres hovedfunn

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt	Utvalg & metode	Resultat
1. Skar-Fröding ,R., et al, 2021	Norge	Hensikten med studien var å undersøke om personlig recovery er viktig for brukere med psykose, om det er forskjeller mellom brukere med ulike nivå av vurdert betydning og hvor mye støtte for personlig recovery de opplever.	Tverrsnittstudie, prevalensstudie, kvantitativ	Det store flertallet av deltakerne vurderte personlig recovery som viktig uavhengig av alder, etnisitet, symptomatologi, funksjonsnivå, behandlingsnivå eller tid i psykiskhelsevern. De fleste vurderte derimot opplevd støtte fra helsepersonell som moderat.
2 Wesseldijk-Elferink,	Nederland	Hensikten med studien var å beskrive og få en	Fenomenologisk hermeneutisk analyse –	Studien viste at sykepleiere var skeptiske til samvalg,

I.J.M, et al, 2021		bedre forståelse av pasienter med schizofreni og schizoaffektiv lidelse sin opplevelse av samvalg på en døgnpost. I tillegg til å undersøke psykiatriske sykepleieres holdning til samvalg.	kvalitativ metode	og pasientene følte seg ofte utelatt, og at investering i mellommenneskelig kontakt økte den terapeutiske alliansen. Individuelle behandlingsplaner og oppnåelig målsetting, tillitsbygging, og støtte opp håp er viktige incentiver for å oppnå samvalg.
3. Onstad, R.F., et al., 2015	Norge	Hensikten med studien var å utvikle kunnskap om helsepersonells profesjonelle meninger og erfaring med empowerment på et distriktpsykiatrisk sykehus .	Kvalitativ metode	Analysen fikk frem to hovedtema: Systemrelatert legitimering av handling og faglig relatert legitimering av handlinger. Under første hovedtema fant de at regler og rutiner og organiseringen av den psykiske helsetjenesten påvirket personalets mulighet til å bidra til empowerment. Under det andre fant de at kunnskap om pasienten og helsepersonellens holdninger spilte inn på empowerment tenkningen.
4. Leendertse, J.C.P et al, 2021	Nederland & Storbritannia	Hensikten med studien var å gi en oversikt over faktorer knyttet til personlig recovery, inkludert sosiale faktorer og demografi, med mål om å bidra til	Systematisk litteraturstudie, kvantitativ	Studien fant stor positiv assosiasjon til personlig recovery (PR) for CHIME elementene mening i livet, Empowerment og håp. Den fant moderat negativ assosiasjon til PR ved affektive symptomer.

		utviklingen av tiltak for å forbedre personlig recovery ved psykotiske lidelser. Og undersøke hvilke elementer ved CHIME det bør fokuseres på.		
--	--	--	--	--

3.1 The importance of Personal Recovery and Perceived Recovery support among service users with psychosis

I denne kvantitative studien ønsket Skar-Frøding et al., (2021) å undersøke viktigheten av personlig recovery for personer med psykose utfordringer og deres opplevde støtte fra helsepersonell i recovery prosessen. 321 brukere med en psykose diagnose fra ulike psykiatriske helsetjenester i Norge deltok i undersøkelsen, og totalt 39 kliniske enheter og sykehus avdelinger deltok, inkludert psykiatriske døgnposter over hele Norge. Det store flertallet av deltakerne vurderte personlig recovery som viktig, uavhengig av alder, etnisitet, symptomatologi, funksjonsnivå, behandlingsnivå eller tid i psykiskhelsevern. De fleste vurderte derimot opplevd støtte fra helsepersonell som moderat. Brukerne vurderte empowerment elementer i forhold til viktighet for recovery og alle punktene; følelse av kontroll av eget liv, være i stand til å håndtere egen psykisk helse, prøve nye ting og bygge på egne styrker var viktige for deres recovery prosess. Gjennomsnittlig vurderte brukerne opplevd støtte for empowerment som ganske høyt, foruten punktet *å prøve nye ting*. Studien viste også at brukerne som opplevde minst støtte fra helsepersonell var personer med høyere selv-rapporterte depressive symptomer, lavere GAF-score (global assessment of functioning scale), og de av det mannlige kjønn. Personer som hadde deltatt i IMR gruppe, og hadde kunnskaper om håndtering av stress og sykdom, og hadde en kriseplan for tidlig oppdagelse av forverring vurderte støtte fra helsepersonell som mye høyere.

3.2 Shared decision making in a semi-secluded chronic psychiatric ward: The reflective lifeworld experiences of patients with schizophrenia or schizoaffective disorders and nursing staff

Med denne kvalitative studien ville Wesseldijk-Elferink., et al., (2021) beskrive og forstå pasienter med schizofreni og schizoaffectiv lidelse sine erfaringer med samvalg i en (semi-secluded) døgnpost, og de psykiatriske sykepleiernes holdninger til samvalg. Syv pasienter og seks sykepleiere ble intervjuet. Studien fant tre overordnede tema i pasientens opplevelse og sykepleiernes holdninger. *Konflikt i forhold til beslutningsautoritet, å bygge bro over det terapeutiske gapet og felles forståelse.*

Konflikt i forhold til beslutningsautoritet viste at de fleste sykepleierne var skeptiske til bruk av samvalg og prioriterte sikkerhet, legemiddel overholdelse og daglige rutiner. Dette var mye på grunn av pasientenes funksjonsnedsettelse, hemmede kommunikasjonsevner og ofte ustabile oppførsel. Pasientene klagde på at de følte seg utelatt i beslutningstakingen og måtte tilpasse seg sykepleierne. Pasienter med langvarig schizofreni diagnose, og som var innlagt på tvang oppga at de følte de gradvis ble dratt inn i rollen som kronisk pasient.

I forhold til temaet *Å bygge bro over det terapeutiske gapet* rapporterte sykepleierne at å håndtere avvikende oppførsel på daglig basis kunne lede til økt restriktive tiltak. Å bygge tillit, ærlighet, og gjensidig kommunikasjon økte den terapeutiske alliansen. Økonomi, jevnlig bruk av ringevikarer, og mangel på pårørende samarbeid hemmet dette. Pasientene ville bli behandlet som mennesker med egne behov, ønsker og evner. Pasientene opplevde mer innflytelse i beslutningsprosessen når sykepleierne respekterte ønskene og målene deres for fremtiden. Å få ta del i egen behandlingsprosess gjorde at de følte seg motivert til å samarbeide.

Ved *felles forståelse* rapporterte sykepleierne at dette økte samarbeidet med pasientene, det ble lettere å oppnå felles målsetting og oppdeling av oppgaver og ansvar. Sykepleierne sto jevnlig i dilemma når pasienten ikke holdt seg til behandlingen eller viste aggressive, ukontrollerbar oppførsel som var skadelig for helsen deres. De fleste sykepleierne brukte sunn fornuft, og måtte ofte ta over kontrollen om pasienten ignorerte konsekvensene av handlingene sine. Motsatt var det om pasienten hadde gode grunner til å motsette seg behandlingen, dette ble brukt som en mulighet til å få til en dialog mot fellesbeslutningstaking. For pasientene var for dem ikke selve planen, men

samarbeidsprosessen som utløste følelsen av trygghet, tillit og vilje til å samarbeide. Studien viste at tillit, samarbeid og autonomi henger sammen. Å få frem stemmene sine gjorde pasientene empowered.

3.4 Refleksjon over praksis i lys av Empowerment – en fokusgruppeundersøkelse

Med denne kvalitative studien ville Onstad., et al., (2015) få kunnskap om helsepersonells meninger og erfaring med empowerment på et distrikt psykiatrisk sykehus (DPS), som kan bidra til å videreutvikle en praksis basert på empowerment. 29 tverrfaglige helsepersonell fra to DPS deltok i fokusgruppeintervjuer. To temaer kom frem av diskusjonene i gruppene:

1. Systemrelatert legitimering av handlinger med undertema, regler og rutiner i avdelingen og organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten.
2. Faglig relatert legitimering av handlinger med undertema kunnskap om pasienten og holdninger.

Hovedtema 1 handler om hvordan systemet brukes som begrunnelse for muligheten til å bidra til empowerment hos pasientene. Sykepleierne beskrev regler og rutiner i avdelingen som nødvendig for at pasientene skulle forstå og forholde seg til omgivelse på bestemte måter. I forhold til organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten beskrev de rammebetingelser som blant annet kort behandlingstid og tidspress som forhold som hindret empowerment. De ga uttrykk for at det er behov for omorganisering i psykiatritjenesten, og at den ble mer individuelt tilpasset. Lite bemanning og mange deltidsstillinger var også forhold som påvirket empowerment tenkningen og pasientsamhandlingen. Hovedtema 2 handler om begrunnelser for hvordan handlinger legitimeres faglig. Her kom det frem at å lære å kjenne pasienten var viktig. Kunnskapen som kom frem her var viktig for å kunne tilrettelegge på best mulig måte, og for å involvere pasienten. Kunnskap om diagnose hadde betydning for tilrettelegging av medvirkning. Det ble fremhevet at kunnskap om pasienten måtte tas hensyn til, og at pasienten er ekspert på seg selv. Det var forskjellige syn på hva medbestemmelse og medvirkning var. Under holdninger kom det frem at den legitimerende funksjon i betydningen å legitimere sin praksis som pasientfokusert og styrt av gode holdninger var sentral.

3.5 Personal Recovery in People With a Psychotic Disorder: A Systematic Review & Meta-Analysis of Associated Factors

I denne systematiske litteraturstudien ønsket Leendertse., et al., (2021) å finne en oversikt over alle faktorer knyttet til personlig recovery (PR), inkludert sosiale faktorer og demografi, med mål om at dette kan bidra til utviklingen av tiltak for å forbedre personlig recovery for personer med psykotiske lidelser, og undersøke hvilke elementer innenfor CHIME det bør fokuseres på. Litteraturstudien undersøkte 46 kvantitative artikler som hadde brukt validerte spørreskjemaer for personlig recovery. Funnene ble delt inn i fire kategorier: Faktorer relatert til konseptet personlig recovery (CHIME), kliniske faktorer, sosiale faktorer, og andre faktorer (sosio-demografi, pasienters karakter kjennetegn, longitudinelle funn). Studien fant stor positiv assosiasjon til PR for CHIME elementene mening i livet, Empowerment og håp, Den fant moderat negativ assosiasjon til PR ved affektive symptomer og liten negativ assosiasjon ved positive, negative og generelle symptomer. Studien indikerte at høyere alder var assosiert til lavere PR.

3.6 Presentasjon av hovedfunn

På bakgrunn av funnene i de inkluderte artiklene, har jeg gjort en tematisk analyse og kategorisert dem under tre hovedtema (tabell 3).

Tabell 3 – Oversikt over tematiske funn

Forfatter	Tematisk funn		
	Å se personen som løsningen	Sykepleierens holdning til empowerment og hvordan dette påvirker praksis	Muligheter for empowerment i klinisk praksis
Skar-Fröding., et al., 2021	Det store flertallet av deltakerne i studien vurderte personlig recovery som viktig, og vurderte empowerment elementene; følelse av kontroll i eget liv, være i stand til å håndtere egen psykiske helse, prøve	Pasientene opplevde moderat støtte fra helsepersonell. De opplevde mest støtte for empowerment. Brukerne som opplevde minst støtte fra helsepersonell var	

	nye ting og bygge på styrker høyt.	personer med høyere selv-rapporterte depressive symptomer, lavere GAF-score og menn.	
Wesseldijk., et al., 2021	Pasientene følte seg utelatt og stemplet som kronikere når de ikke fikk ta del i egen behandlingsprosess. Når pasientene ble hørt, og fikk bli med i beslutningsprosessen følte de seg empowered.	Studien viste at sykepleiere er skeptiske til bruk av samvalg, og deres holdninger og erfaringer med pasienter med psykose formet ofte deres praksis. Praksis som prioriterte mellommenneskelig kontakt, skapte en terapeutisk allianse som motiverte til samvalg og økte empowerment.	Studien viste at klinisk recovery råder. Organiseringen av helsetjenesten kan være en hindring til recoveryorientert praksis. Økonomi, jevnlig bruk av ringevikarer, varierende utdanning og kompetansenivå hemmet bruk av samvalg. Månedlige fag-møter bidro til økt læring hos helsepersonell.
Onstad., et al., 2021	Studien viste at et system som er helt styrt av personalet kan hindre pasientene å ta del i beslutningsprosesser. Å lære å kjenne pasienten er viktig for å få til et samarbeid som kan bidra til empowerment.	Studien viste uklare holdninger og sprikende synspunkt hos sykepleierne. Deltakernes selvforståelse viste at de opplevde å ha gode holdninger og god relasjonskompetanse.	Rammebetingelser som økonomi, kort behandlingstid og tidspress hindret empowerment.
Leendertse., et al., 2021	Empowerment ble fremhevet med stor positiv assosiasjon til personlig recovery for personer med psykose.		Implementering av recovery-orientert praksis viser seg å være utfordrende, og er preget av organisatoriske verdier, prioriteringer og kultur.

4 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte hvordan recoveryorientert praksis i spesialisthelsetjenesten kan bidra til økt empowerment hos personer med langvarig psykoseproblematikk. På bakgrunn av teori og forskning rundt dette kom det frem tre tema som kan bidra til recoveryorientert praksis som har fokus på empowerment. *Å se personen som løsningen, sykepleierens holdning til empowerment & hvordan dette påvirker praksis og muligheter for empowerment i klinisk praksis.* De to første temaene tar størst plass i drøftingen, da det er disse som diskuterer konkret hvordan man kan bidra til empowerment i praksis. Det siste temaet derimot er viktig, for det viser det overordnede systemet; hvordan pasienten passer inn, og hvilke utfordringer og muligheter sykepleieren møter.

1.1 Å se personen som løsningen

Å se personen som løsningen er et sentralt tema innen recoveryorientert praksis og et relevant tema for å svare på problemstillingen om recovery-orientert praksis kan bidra til empowerment. Karlsson & Borg (2017) sine prinsipper for recoveryorientert praksis starter med at det er en unik person i sentrum for samarbeidet, med egne erfaringer, ønsker, ressurser, nettverk, sosialt miljø og levekår. I møte med en psykotisk pasient understreker Skårderud (2018, s.323) at det er betydningsfullt å bli kjent med mennesket, deres tankegang og livssituasjon. Vrangforestillinger har ofte en sammenheng til virkeligheten, og det er en stor tilleggsbelastning for pasienten å merke at andre ikke tar deres tanker og bekymringer på alvor. Følelsen av avmakt og litenhet i denne situasjonen kan føre til at den psykotiske personen heller begynner å forestille seg at han eller hun er spesielt viktig og betydningsfull og at deres symptomer støtter opp om dette. Leendertse., et al., (2021) fikk frem at empowerment ble fremhevet med stor positiv assosiasjon til personlig recovery hos personer med psykose, personer med høyere alder og affektive symptomer viste en noe negativ assosiasjon. Hos personer med et langvarig forløp er blant annet ensomhet, angst og depresjon utpregede konsekvenser og dette er dermed en viktig gruppe å fokusere på. I forhold til recovery tenkningen skriver Skårderud at den enkeltes motivasjon er grunnlaget for at en person skal klare å ta styring over sitt eget liv (Skårderud, 2018, s. 329). Dette understreker Wesseldijk., et al., (2021). Her opplevde både pasientene og sykepleierne at

når mellommenneskelig kontakt ble prioritert økte pasientenes motivasjon og deltakelse i egen behandlingsprosess, og de samarbeidet bedre med sykepleierne på avdelingen. Når sykepleieren respekterte pasientenes individuelle ønsker og mål for fremtiden følte de at de hadde innflytelse over valgene som ble tatt. En pasient ytret at ethvert menneske har rett til å ta egne valg. Alle mennesker vil bare bli behandlet som likeverdige (2021, s. 522). Dette er noe jeg ser i jobben på psykosepost på distriktpsykiatriskehus (DPS). Pasientene som opplever å bli sett og hørt har mye større sannsynlighet til å samarbeide, og har ikke minst større sannsynlighet til å følge opp behandlingen. Dette ser jeg spesielt i forhold til legemiddeloverholdelse.

Bruk av antipsykotika er en del av Helsedirektoratets generelle anbefalinger for behandling ved psykoser, i kombinasjon med psykoedukativt familiesamarbeid og kognitiv terapi (2013, s. 56). Lawrence & Dixon (2019, s.43) beskriver legemiddeloverholdelse som en utfordring hos personer med schizofreni. Antipsykotika kan føre til betydelige bivirkninger, bærer et sosialt stigma og gir ikke alltid de tiltenkte fordelene. I tillegg er blant annet schizofreni en lidelse som hos noen kan frarøve dem innsikt i behov for behandling. Dette gjelder ikke bare behandling i form av medikamenter. For alle andre yrkesgrupper enn legene er det pasientens holdning til den medikamentelle behandlingen som er viktig sier Skårderud (2018, s. 348). Som sykepleiere er det vår rolle å møte innvendinger med forståelse, uten å reagere med sinne og gå i forsvar, men å komme med saklig informasjon vi kan stå inne for. For en person med psykose kan det å bli forsøkt overtalt, presset eller det som av og til må til, fatte tvangsvedtak om medisinerings føles som et overgrep. Etter slike hendelser er det viktigste å forsøke å bygge opp igjen tillit hos pasienten til at vi som behandlere ønsker pasientens beste. Skar-Fröding., et al., (2021, s. 665) viste blant annet til empowerment punktene; *følelse av kontroll over eget liv, være i stand til å håndtere egen psykiske helse, prøve nye ting og bygge på egne styrker* som å være viktige for pasientene. Dette går igjen med Leamy., et al., (2011) sin beskrivelse av empowerment elementene som kom frem i CHIME modellen. En kan se at disse elementene står stikk i strid med tvangsmedisinering, og av å bli overkjørt i behandlingsprosessen. Recoveryorientert praksis handler ikke da om at pasientene ikke skal bruke medikamenter i behandlingen, men det vil inkludere å gi personen reelle valgmuligheter, lytte til deres erfaringer, og støtte personen i å ta velinformerte valg. Pasienter med et langvarig forløp har ofte prøvd ut mange forskjellige

typer legemidler og vet blant annet hvilke som eventuelt gir dem bivirkninger. Anne Blindheim er erfaringskonsulent og gjennomførte en undersøkelse om brukere og pårørendes erfaringer med medikamentfrie behandlingsforløp ved psykose. Hun oppgir at det er ikke medisinfri som nødvendigvis er målet, men poenget er å få en dialog rundt det vanskelige, ha noen å dele tankene med, vite hva man har å forholde seg til og få mulighet til å prøve seg litt (Kjølsdal, 2021). To studier i Sør-Korea og Jordan ville evaluere effekten bruk av empowerment programmer hadde på følelsen av hjelpeløshet og recovery hos pasienter med schizofreni. Park., et al., (2012) viste at programmet hadde stor innvirkning på pasientenes følelse av hjelpeløshet under sykehusinnleggelse, og var i tillegg særlig effektiv for pasienter med langvarig schizofreni. Tidligere studier har vist at følelsen av hjelpeløshet øker under sykehusinnleggelser. Den viste at å innføre tiltak som bidrar til empowerment legger til rette for personlig styrke og håp for recovery (2012, s. 115). De understreket også viktigheten av å fortsette med legemiddelbehandling etter endt sykehusopphold for å unngå tilbakefall. Hasan., et al., (2017) foretok en lignende studie i en poliklinikk i Jordan. Studien fant en betydelig høyere forbedring i forhold til hjelpeløshet, både rett etter deltakelse i et empowerment program og tre måneder senere. I tillegg viste den til forbedring i symptomer og i opplevd recovery og Empowerment (2017, s. 217-218). Empowerment programmene i begge studiene inkluderte læring i hva recovery fra psykisk lidelse er og måter å håndtere og leve med sykdommen på. Studiene støtter opp om recovery tenkningen at mennesket er hovedaktør i eget liv, og at vi som helsepersonell må ha troen på at de er i stand til å ta ansvar for sitt eget liv, om de gjøres i stand til og tillates det.

4.2 Sykepleierens holdning til empowerment påvirker praksis

Sykepleie som tjeneste har pasientens helse, livskvalitet og mestring som sentrale mål, omsorg for pasienten er et mål i seg selv. Verdier og fagkunnskap er integrert i sykepleie utøvelsen (Kristoffersen., et al, s. 16). NSF's retningslinjer (u.å) sier at grunnlaget for sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Som sykepleier skal en også ivareta menneskets integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket. Flere av de inkluderte studiene viste varierende grad av pasientenes opplevde støtte fra sykepleierne i recovery prosessen

og varierte meninger og erfaringer hos sykepleiere om hva recovery og empowerment egentlig er, og hvordan det brukes i praksis.

Skar-Fröding., et al., (2021, s.) viste at pasientene i studien opplevde mest støtte for empowerment i forhold til de andre elementene i personlig recovery. Gruppen som dermed opplevde generell lite støtte fra helsepersonell var personer med høyere selv-rapporterte depressive symptomer, lavere GAF-score og menn, lignende Leendertse., et al., (2021) sine funn som viste negativ assosiasjon til personlig recovery hos personer med affektive symptomer. Wesseldijk., et al., (2021, s.521-522) sin studie viste at sykepleiere generelt var skeptiske til bruk av samvalg. De sto med holdningen at det ofte var viktigere å prioritere sikkerhet, legemiddeloverholdelse og daglige rutiner, noe som stemmer overens med det kliniske recovery perspektivet. Dette var mye på grunn av pasientenes funksjonsnedsettelse, hemmede kommunikasjonsevner og ofte ustabile oppførsel. Pasienter som hadde levd med en schizofreni diagnose i ti år oppga at de følte de gradvis ble dratt inn i rollen som kronisk pasient. I forhold til opplevelsen av å bli utelatt i beslutningsprosesser ytret en pasient «Jeg føler ikke håp lenger, jeg får nesten ikke tenke selv, det er en konspirasjon, tror jeg, jeg klarer ikke tenke lenger, alle tenker for meg.» (2021, s. 521) Samvalg er de siste årene blir brukt mer og mer inn i spesialisthelsetjenesten etter det ble trukket frem i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Det skal styrke pasienten til økt innflytelse og trekke frem hva som er viktig for den enkelte. I Wesseldijk., et al., oppga pasientene blant annet følelsen av å ikke bli behandlet som et helhetlig menneske. Viktigheten av en menneske-til-menneske-relasjon og ikke sykepleier-pasient relasjon ble understreket. Relasjonen til behandlerne sikter mot å styrke pasientenes håp om at recovery er mulig. Dette håpet kan ofte føre til at pasienten selv tar initiativer for å forandre sin situasjon, der målenes realisme kan variere, men det viktigste er at behandlerne bekrefter egenviljen, autonomien og handlingsevnen hos pasienten (Skårderud, 2018, s. 329). Hummelvoll (2012, s. 38) beskriver et sykepleier-pasient-fellesskap som preges av et opplevels- og arbeidsfellesskap med hensikt å gi pasienten økt selvinnsett og situasjonsforståelse. Samvalg er en viktig del av dette. Både Skårderud og Hummelvoll beskriver et samarbeid som handler om at pasienten skal lære seg å hanske med livet etter gjennomgått psykose, og/eller lære seg å leve med det. Et vesentlige aspekt er at

sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand. Støtte og utfordring. (Hummelvoll, 2012, s. 38). Å arbeide med psykotiske mennesker kan utfordre våre ambisjoner om å forstå på det aller sterkeste, de som ikke får bedring på tross av langvarig, tålmodig kontakt arbeid og adekvat medikamentell behandling utfordrer behandlerens selvfølelse og engasjement. Å være vitne til så mye psykisk smerte og fortvilelse og føle en ikke strekker til utsetter personalet for kraftig slitasje (Skårderud, 2018, s. 327). Dette understreker både studien til Wesseldijk., et al., (2021, s. 522) og Onstad., et al., (2015, s.15). Sykepleierne oppga at å de følte seg ofte oppgitt av behandling som ikke hadde effekt, en følelse av å gjøre en uferdig jobb, og at å arbeide med ustabil oppførsel på en daglig basis ofte kunne føre til mer restriktive tiltak. På en annen side oppgir de også at når de hadde tro på at personen kunne nå målene sine, var de mye mer villige til å la pasientene prøve seg. Sykepleierne oppga at de ofte sto i dilemmaer der de måtte ta over kontrollen når pasientene ikke tok medisinene eller viste aggressiv oppførsel, og lurte på hvor grensen for å overkjøre pasientenes autonomi gikk.

Onstad., et al., (2015, s. 7-8), beskriver en praksis der pasientene må forholde seg til rammene personalet setter. Sykepleierne beskriver regler og rutiner som er nødvendige for at pasientene skal forstå og forholde seg til rutinene på bestemte måter. De påpekte at for personer med psykoser er ytre struktur og forutsigbarhet en nødvendighet for å skape trygghet og for å dempe symptomer. For pasientene med det aller laveste funksjonsnivået, og de mest alvorlige symptomene er beskyttelse det viktigste miljøterapeutiske elementet, for de med noe høyere funksjonsnivå må det være en balanse mellom beskyttelse og aktivitet (Lauveng, 2020, s. 215). Beskyttelse blir definert som bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære, og som letter belastningen med utilstrekkelig selvkontroll eller allmaktfølelse. Mange pasienter med psykoser opplever hallusinasjoner og vrangforestillinger, har en uvirkelighetsfølelse og endret selvopplevelse og kan være i tvil om at de i det hele tatt eksisterer. At pasientene har kontinuerlig tilgang til rolige, tålmodige, kompetente og trygge ansatte er dermed uhyre viktig (Lauveng, 2020, s. 215). For personer med noe høyere funksjonsnivå bør man gradvis prøve å engasjere pasienten i aktiviteter som kan bedre selvopplevelsen, gi glede og styrke opplevelsen av å mestre noe som betyr noe. Dette beskrives som bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som øker selvfølelsen. Dette passer inn med Karlsson og Borg's (2017, s.79) prinsipper for

recoveryorientert praksis - at en skal skape trygge rammer pasientene kan øve på utfordringer i, og det handler også om å våge å ta sjanser og prøve seg frem. At vi som sykepleiere våger å utfordre rammebetingelsene for «tradisjonell» praksis. Dette betyr ikke at vi skal utøve uforsvarlig hjelp, men kanskje det handler mer om å våge å være litt kreativ sammen med pasientene i hvordan en planlegger aktiviteter. Som Skårderud (2018) sa er det den enkeltes motivasjon som er grunnlaget for at en person skal ta styring over eget liv. I jobb på DPS opplever jeg at pasienter som blir møtt på sine interesser har større sannsynlighet for å faktisk utføre aktivitetene. Om en fokuserer på styrkene og interessene til pasientene, noe som inngår i empowerment tenkningen, og ikke bare følger avdelingens typiske rutiner (som er lettest å utføre), blir en møtt med en helt annen motivasjon. Lauveng understreker også viktigheten av å dekke pasientenes grunnleggende behov som mat, søvn, ro og eventuelt medisiner om de er forskrevet. Dette i tillegg til trygge relasjoner og et trygt miljø er ofte den beste behandlingen for psykosetilstander. En skal møte personen med verdighet og omsorg (Lauveng, 2020, s. 215). Pasienter som deltok i studien til Wesseldijk., et al., (2021, s.521-522) rapporterte derimot at reglene og rutinene på avdelingen fikk dem til å føle seg overvåket og styrt av personalet hele dagen. Den faste medikament utdelingen var et eksempel pasientene oppga som et problem, da dette styrte mange av sykepleiernes avgjørelser i løpet av dagen. I Onstad., et al., (2015, s.8-9) oppgir sykepleierne at brukermedvirkning blir sett i forhold til behandlingen og ikke i forhold til regler og rutiner. Flere begrunner dette med at pasientene har kortere opphold nå enn tidligere. Tidligere hadde avdelingen brukerforummøter, der pasientene fikk tatt opp sine tanker angående rammene på avdelingen, nå bruker de informasjonsmøter for å sikre at pasientene får informasjon om behandlingspraksis, tiltak og rettigheter. De understreker viktigheten av pasientinformasjon, og opplevde at de ivaretok prinsippene i Empowerment tenkningen gjennom dialog, medvirkning, og ressursmobilisering (Onstad, 2015, s. 14).

4.3 Muligheten å bidra til empowerment i en klinisk styrt helsetjeneste

På systemnivå oppga sykepleierne i studien til Onstad., et al., (2015, s. 14-15) at pasientene hadde liten innflytelse. Det samme opplevde sykepleierne på avdelingen. De oppgir at de ikke alltid var så gode å huske på empowerment tenkningen i et system som er preget av

kortere behandlingstider, og på bakgrunn av endrede rammebetingelser (Se samhandlingsreformen ((st.meld. nr. 47 (2008-2009)) opplevde de dårligere pasienter de mente fikk mangelfull oppfølging av kommunene. Tidspress og økonomi i form av dårlig bemanning og mange deltidsstillinger var også eksempler som hemmet mulighetene til å fremme empowerment prinsippene, og samhandlingen med pasientene. Leendertse., et al, (2021, s. 8-9) viste at implementering av recoveryorientert praksis har vist seg å være utfordrende, og er påvirket av organisatoriske verdier, prioriteringer og kultur.

De psykotiske pasientene, særlig de med kronisk forløp, er til stadig er taperne i kampen om ressursene sier Skårderud (2018, s.356) En av grunnene oppgir han kan være mangelen på målbare resultater i form av funksjonell bedring. En annen kan være at i arbeid med psykose pasienter finnes det ikke særlig teknologi, bare eksistensielt engasjement. Lauveng (2020, s. 286) skriver at mangel på ressurser er en utfordring i helsevesenet generelt, og i psykisk helsevern spesielt. Hun peker ut en organisering som gjør at pasientene ofte ikke får best mulig behandling, og i noen tilfeller ikke en gang forsvarlig behandling. I psykisk helsevern er også kunnskapsgrunnlaget usikkert. I hverdagen kan vi som helsepersonell ofte oppleve at pasienter ønsker, og har rett på et bedre tilbud enn det de faktisk får. Wesseldijk., et al., (2021) viste som nevnt tidligere at sykepleierne ofte prioriterte klinisk recovery, mye på grunn av pasientenes tilstand, men også på grunn av begrenset tid og ressurser, og varierende grad av utdanning og kompetanse hos personalet. Trond Aare (2018, s. 158) skriver at tjenestene våre nok neppe er så tilgjengelige for folk som de burde være, men det skyldes ikke bare begrensede ressurser. I like stor grad handler det nok om viljen til å frigjøre seg fra tradisjonelle arbeidsmåter og tilpasse driften slik at tjenestene blir mer åpne og tilgjengelige. Blant annet gjennom bruk av brukerstyrt seng på DPS der jeg jobber kan pasientene kan opprette avtaler med avdelingen om å kunne ta kontakt når de opplever forverring og få opphold på avdelingen i fem dager. I tillegg har vi akuttambulanteam (AAT) med blant annet psykolog og psykiatrisk sykepleier som alternativ til innleggelse kan rykke ut til hjemmet, og er et viktig bindeledd mellom de ulike hjelpeinstansene. Dette er blant annet et viktig tiltak for å forebygge tvang (Halvorsen, et al, 2019).

Helsedirektoratet (2013, s. 23) understreker pasientenes rett til å medvirke på systemnivå, ved å delta i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet i planleggings- og beslutningsprosesser. Leendertse., et al, (2021, s. 8-9) nevner i studien sin at empowerment

er et økende fokus i klinisk praksis, blant annet ved økt samarbeid med brukermedarbeidere. De senere år har det vært lagt mer vekt på brukermedvirkning. En konsekvens av dette er at det opprettes egne stillinger for personer med egenerfaring med psykisk sykdom, enten fordi man har vært syk selv, eller har vært pårørende, eller begge deler (Lauveng, 2020, s. 102). Karlsson., et al (2017) gjennomførte en studie hvor de ville utforske og beskrive brukeres opplevelser av å jobbe med erfaringsmedarbeidere. De skriver at dette tilbudet ofte skaper en fellesskapsfølelse med andre brukere og pårørende fordi de får kontakt med mennesker som kjenner systemet og kan sette seg inn i deres situasjoner på en helt ny måte enn de ofte er vant til, de ble også sett på som «brobyggere» mellom pasienter, fagpersoner og tjenester (Karlsson, B. Borg, M et al, 2017, s. 4). I tillegg er det økt fokus på samvalg i spesialisthelsetjenestene. Helsedirektoratet (2018) fremhever at det er viktig at ledere fremstår som rollemodeller og fronter pasientenes medvirkning, som en overordnet strategi på alle nivåer i tjenesten. De nevner blant annet at det bør etableres rutiner for rapportering fra tjenestene til ledernivå om medvirkning både på individ- og systemnivå. Som sykepleiere har vi også en plikt å melde i fra om uforsvarlig praksis. Om vi opplever at vi eller andre fagpersoner gjør feil som påvirker pasientene, skal det meldes avvik. Dette gjelder i forhold til konkrete feil, for eksempel i forhold til legemidler, men også om vi opplever brudd i rutiner, regler, lover eller forskrifter (Lauveng, 2020, s. 287).

5.0 Konklusjon

Med de valgte temaene for drøftingen har jeg prøvd å utforske og finne svar på problemstillingen; hvordan recoveryorientert-praksis i spesialisthelsetjenesten kan bidra til økt empowerment hos personer med langvarig psykoseproblematikk. Overordnet kommer det frem at dersom vi som sykepleiere tar oss tid til å bli kjent med mennesket vi skal hjelpe, med forståelsen at de er et unikt menneske med egne erfaringer, ønsker, og ressurser. Om vi gir dem muligheten til å bli hørt, gir dem reelle valgmuligheter, støtter personen til å ta velinformerte valg, og ikke minst gir dem muligheten til å velge, kan en få til samarbeid, økt motivasjon for personlig recovery og dermed bidra til empowerment. Det må sies at dette er en utfordrende gruppe å samarbeide med; Lidelsen i seg selv er alvorlig og uforutsigbar, og med langvarigproblematikk har man ofte tilleggsvansker som kan hemme pasientenes

motivasjon og deltakelse. Allikevel viser forskningen at personlig recovery og empowerment, er viktige for pasientene uansett hvilken symptomatikk og sykdomshistorie pasientene har.

Som sykepleiere er det viktig at vi tar stilling til pasientens medvirkning. Det er tydelig og forståelig at vi i møte med denne pasientgruppen vil støte på utfordringer og dilemmaer, men hovedpoenget forskningen viser er at med menneske-til-menneske møter vil vi større mulighet til å oppnå tillit og en relasjon som bidrar til samarbeid og dermed empowerment hos pasientene. Bruken av samvalg kan blant annet bidra til at pasientene får stemmene sine hørt, og sykepleierne får muligheten til å støtte og bidra til at pasientene kommer frem til oppnåelige og realistiske mål. Jeg tror i tillegg at recoveryorientert praksis kan gjøre det lettere å stå i dette arbeidet for oss sykepleiere – klinisk praksis handler om målbar bedring fra syk til frisk, men personlig recovery handler om å hjelpe pasienten å utvikle seg på sin måte, og til et liv som er meningsfullt på tross av begrensningene de psykiske utfordringene representerer.

Som i alle helseforetak lider psykiske helsetjenester av ressursmangel, og en organisering som ikke alltid gir den behandlingen pasientene har krav på. Innføringen av stillinger til brukermedarbeidere, økt bruk av samvalg fra individ- til systemnivå, vil nok, og har bidratt til en mer recoveryorientert praksis, noe jeg allerede ser på jobb på DPS. På et systemnivå, tror jeg det er viktig at vi fortsetter å ha pasienten i fokus, og ikke minst melder i fra om vi opplever uforsvarlig praksis. Helsedirektoratet er tydelig på at brukermedvirkning er en sentral del i behandling av personer med psykoser, og om pasientene ikke kan gi beskjed selv, er det vår oppgave å være deres talsmann.

Recoveryorientert praksis kan bidra til empowerment, men det krever engasjement for faget, forståelse for pasientene, og holdninger som opprettholder ideen om at personlig recovery handler om å leve et liv som er meningsfullt på tross av begrensningene den psykiske utfordringene representerer.

6.0 Referanseliste

- Aarre, T.F., (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.
- Borg, M, Karlsson B, Stenhammer A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapsammenstilling*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2013. Hentet fra: <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Braut, G., & Aarheim, K. (2020). *Det Norske helsesystemet - en innføring i organisering, styring og politikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Dalland, O. (2021) *Metode og oppgaveskriving* (utg. 7). Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Samvalg*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/samvalg/>
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gonzalez, M.T., (2020) *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.
- Halvorsen, P., Fraas-Johansen, A., Sømhovd, M.J. (2019) Forebygger tvang med psykologer i front. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/politikk/tvang/tvangsaktuelt/forebygger-tvang-med-psykologer-i-front>
- Hasan, A., & Musleh, M. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. *The International Journal of Social Psychiatry*, 63(3), 212–223. <https://doi.org/10.1177/0020764017693652>
- Helsebiblioteket. (2016, 07.06). Kildevalg. Helsebiblioteket. Hentet fra. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsedirektoratet (2018). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. januar 2018, lest 20. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. juli 2013, lest 14. mars 2022). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Helsedirektoratet (2015). *§ 2-1b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*

- [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. oktober 2020, lest 25. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport/rett-til-nodvendig-helsehjelp-fra-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. februar 2014, lest 09. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Karlsson, B., Borg, M., Ogundipe, E. Sjøfjell, T.L., Bjørlykhaug, K-I. (2017) Aspekter ved samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester: En kvalitativ studie. *Norsk tidsskrift for helseforskning*. 2-2017. <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/4214/3900>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E - A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 15- 480). Gyldendal
- Lawrence, R.E & Dixon, L., (2017). The challenges of Nonadherence in Schizophrenia. I Fornari, V & Dancyger, I (red), *Psychiatric Nonadherence: A solutions-based approach* (S. 43-59). Hentet fra: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-12665-0>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leendertse, J., Wierdsma, A. I., van den Berg, D., Ruissen, A. M., Slade, M., Castelein, S., & Mulder, C. L. (2021). Personal Recovery in People With a Psychotic Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Associated Factors. *Frontiers in psychiatry*, 12, 622628. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.622628>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett*

tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Norsk utgave: Slade M (2015) *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell*, oversatt av I. Wormdahl og L. B. Ødegaard, Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) Engelsk utgave: Slade M (2013) *100 ways to support recovery, 2nd edition*, London: Rethink Mental Illness

Norsk sykepleieforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra:

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

Onstad, R. F., Haukland, M., & Tveiten, S. (2015). Refleksjon over praksis i lys av empowerment - en fokusgruppeundersøkelse. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 136-43. <http://dx.doi.org/10.1177/0107408315579812>

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>

Park, S. A., & Sung, K. M. (2013). The Effects on Helplessness and Recovery of An Empowerment Program for Hospitalized Persons With Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(2), 110–117. <https://doi.org/10.1111/ppc.12002>

Skar-Fröding, R., Clausen, H. K., Šaltytė Benth, J., Ruud, T., Slade, M., & Sverdvik Heiervang, K. (2021). The Importance of Personal Recovery and Perceived Recovery Support Among Service Users With Psychosis. *Psychiatric Services*, 72(6), 661–668. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000223>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.J. (2020). *Bachelor-oppgaven for sykepleier-studenter: Den lille motivasjonsoken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg). Universitetsforlaget.

Wesseldijk-Elferink, I. J. M., Hendriks, A. W., & van den Heuvel, S. C. G. H. (2021). Shared decision making in a semi-secluded chronic psychiatric ward: The reflective lifeworld experiences of patients with schizophrenia or schizoaffective disorders and nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 519–525. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.007>

Muligens brukt:

Skjeldal, E. (2021). Innledning. I E. Skjeldal. (Red), *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning* (s. 11-23). Universitetsforlaget.

Karlsson, B & Borg, M (red). (2017). *Perspektiver på psykisk helse og rusarbeid: Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Vigmostad & Bjørke.

Nordtveit, F. (red). (2017). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (3.utg). Gyldendal akademisk.

Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 112-134). Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1997-02-28-19)*.

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Molven, O. (2016). Sykepleie og jus. Oslo: Gyldendal Akademisk. Pensum: kap. 17 (s. 225-235).

7.0 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Wesseldijk-Elferink, I. J. M., Hendriks, A. W., & van den Heuvel, S. C. G. H. (2021). Shared decision making in a semi-secluded chronic psychiatric ward: The reflective lifeworld experiences of patients with schizophrenia or schizoaffective disorders and nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 519–525. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.007>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

1. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

2. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

1. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

2. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

1. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

2. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: