

Vilde Humberst Bell-Hagen

Håpet om ei likeverdige allianse - kva er viktig for pasienten i den terapeutiske relasjonen til sjukepleiar?

Antal ord: 8650

Bacheloroppgåve i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus

Mai 2019

Vilde Humberget Bell-Hagen

Håpet om ei likeverdige allianse - kva er viktig for pasienten i den terapeutiske relasjonen til sjukepleiar?

Antal ord: 8650

Bacheloroppgåve i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Mai 2019

Noregs teknisk-naturvitenskaplege universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Samandrag

Bakgrunn: Psykiske lidningar er eit globalt helseproblem og årsaka til ein tredjedel av uføretrygd i Noreg. Ein sentral faktor for betring ved psykisk sjukdom er den terapeutiske relasjonen pasienten har til helsepersonell.

Formål: Å finne ut kva som er viktig for pasienten i den terapeutiske relasjonen til sjukepleiar i den psykiske helsetenesta.

Metode: Ei systematisk litteraturstudie som nyttar seg av åtte utvalde forskingsartiklar. Artiklane brukt er både kvalitative-, kvantitative- og oversiktsartiklar.

Resultat: Analysen av artiklane viser tre sentrale tema som er viktige for pasienten i den terapeutiske relasjonen. Det første temaet er likeverd og respekt, der ein blir involvert i eiga behandling og sett og høyrte som individ. Vidare viser analysen at sjukepleiareigenskapar- og handlingar påverkar den terapeutiske relasjonen, som at sjukepleiar er imøtekomande og omsorgsfull, kunnskapsrik og tilgjengeleg. Til slutt var det nødvendig for ein god terapeutisk relasjon at sjukepleiar klarar å finne løysingar og fremjar håp hjå pasienten.

Konklusjon: For pasientane i forkinga er det mange faktorar over fleire område som påverkar den terapeutiske relasjonen. Dette gir sjukepleiarar i den psykiske helsetenesta nye moglegheiter til å styrke samarbeidet med pasienten, og danne betre terapeutiske relasjonar.

Abstract

Background: Mental illness is a global health issue, accounting for 13% of the global burden of disease. A central factor for recovery from mental illness is the therapeutic relationship with health care professionals.

Aim: To find out what is important to the patient in the therapeutic alliance with nurses in mental health care.

Method: A systematic literature study based on eight selected research articles from western countries, including five qualitative, one quantitative and two literature review articles.

Result: Three themes emerged as central to patients in the therapeutic alliance. The first theme is equality and respect, where the patient wished to be involved in their own treatment and seen and heard as an individual. Further, the analysis showed that nursing attributes and actions affect the therapeutic relationship, like the nurse being kind and caring, knowledgeable and available. Lastly it was necessary for a good therapeutic alliance that the nurse was able to offer solutions and hope to the patient.

Conclusion: The analysis found that there were many factors over several categories that affected the therapeutic relationship. This gives nurses in mental health care new opportunities to strengthen the cooperation with the patient and achieve a better therapeutic alliance.

Forord

Den enkelte har aldrig
med et andet menneske at gøre uden
at han holder noget af
dets liv i sin hånd.

Det kan være meget lidt,
en forbigående stemning, en oplagthed ...

Men det kan også være forfærdende meget,
så det simpelthen står til den enkelte,
om den andrens liv lykkes eller ej ...

I er i hinandens verden og hinandens Skæbne

- Knud E. Løgstrup (1991)

Innhald

1	Introduksjon	10
1.1	Tema	10
1.2	Hensikt og problemstilling	11
1.2.1	Avgrensingar	11
1.2.2	Omgrepsavklaring	11
1.3	Oppbygging av oppgåva	12
2	Teori	13
2.1	Psykiske lidningar	13
2.2	Den psykiske helsetenesta	14
2.3	Retten til å medverke	14
2.4	Den terapeutiske relasjonen	15
2.4.1	Menneske-til-menneske-forholdet	17
3	Metode	18
3.1	Innsamling av datamateriale	18
3.1.1	Litteratursøket	18
3.1.2	Dei utvalde forskingsartiklane	19
3.2	Analyse av datamaterialet	20
4	Resultat	21
4.1	Å bli behandla likeverdig og med respekt	21
4.1.1	Å bli involvert i eiga behandling	22
4.1.2	Å bli sett og møtt som individ	22
4.2	Sjuepleiareigenskapar- og handlingar	23
4.2.1	Sjuepleiarkvalitetar	23
4.2.2	Kommunikasjonsmåtar	24
4.2.3	Kontinuitet og tilgjengelighet	24
4.3	Å finne løysingar og fremje håp	25
5	Diskusjon	26
5.1	Metodediskusjon	26
5.2	Faglig diskusjon	27
5.2.1	Å bli behandla likeverdig og med respekt	27
5.2.2	Sjuepleiareigenskapar- og handlingar	29
5.2.3	Å finne løysingar og fremje håp	31
5.2.4	Konklusjon	32
	Referansar	33
	Vedlegg	38

1 Introduksjon

1.1 Tema

Globalt står ubehandla psykiske lidingar for 13% av årsaka til forverra helse og død. Innan 2030 anslår verdens helseorganisasjon at depresjon vil vere den største årsaka til sjukdomsbelastning i verda (World Health Organization, 2011). I Noreg er psykiske lidingar den største årsaka til uføre, med 35% på tvers av aldersgrupper, og 62% hjå unge uføre (NAV, 2017). Ei viktig oppgåve framover vil vere å redusere førekomsten av psykiske lidingar, for å gi personar med psykiske lidingar betre livskvalitet og redusere belastninga i samfunnet, ifølgje Helsedirektoratet (2014, s. 3). Dette inneber mellom anna at pasientar får god behandling i den psykiske helsetenesta.

Ei rekke undersøkingar viser at pasientar opplev relasjonen mellom pasient og helsepersonell som det viktigaste under behandling i den psykiske helsetenesta (Røssberg, 2008, s. 134). Endringsarbeid skjer gjennom samhandling og samarbeid mellom menneske – som sjukepleiar og pasient – og difor er denne relasjonen også sentral for betring (Bøe & Thomassen, 2017, s. 13). Den terapeutiske relasjonen er med dette ein grunnleggjande del av den psykiske helsetenesta (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015).

Sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess, fordi det alltid har med menneske å gjere, skriv Joyce Travelbee (2001, s. 29). For å kunne hjelpe pasienten til å mestre sjukdom må ein etablere og oppretthalde ein relasjon – eit menneske-til-menneske-forhold. Difor er den terapeutiske relasjonen viktig for å kunne gi god sjukepleie, og sjukepleiaren sine eigenskapar og framferd har mykje å seie for oppbygginga av denne relasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 111).

1.2 Hensikt og problemstilling

Ved hjelp av pasienten sitt perspektiv vil denne systematiske litteraturstudia utforske og belyse kva som er viktige element i relasjonen til sjukepleiar. Pasientperspektivet er valt på grunnlag av at pasientar sine opplevingar og meiningar er sentrale for å undersøke kva som gjer ein terapeutisk relasjon formålstenleg (Ljungberg et al., 2015). Med utgangspunkt i dette vil problemstillinga for oppgåva vere:

Kva er viktig for pasienten i den terapeutiske relasjonen til sjukepleiar?

1.2.1 Avgrensingar

Konkret vil oppgåva fokusere på korleis sjukepleiarar best kan opprette og oppretthalde ei formålstenleg allianse med pasientane ein møter på i den psykiske helsetenesta. Problemstillinga tek for seg den psykiske helsetenesta under eitt, då kunnskap om den terapeutiske relasjonen er viktig både i primær- og spesialisthelsetenesta. Pasientgruppa består av personar med alvorleg psykisk sjukdom med behov for oppfølging og behandling i den psykiske helsetenesta. Alvorlige psykiske lidningar omfattar mellom anna schizofreni, bipolar lidning og alvorleg depresjon (Øverland, Knudsen & Mykletun, 2011, s. 741). Ein av studiane tek spesifikt for seg tvangsinnlagde pasientar, mens resten av datamaterialet ikkje nemner spesifikt korvidt deltakarane tidlegare har vore tvangsinnlagde eller var det når dei deltok i forskingsprosjektet.

1.2.2 Omgrepsavklaring

Charles Gelso (2014, s. 118) definerar den terapeutiske relasjonen som *dei kjenslene og haldningane pasienten og den profesjonelle har til kvarandre, og måten disse blir uttrykte på*. Dette blir i ulike samanhengar beskrive som arbeidsallianse, terapeutisk relasjon/allianse, hjelpeallianse eller den meir altomfattande sjukepleiar-pasient-relasjonen. Innan sjukepleie finn ein mellom anna Joyce Travelbee sin definisjon på relasjonen som «[...] primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke [...] får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 2001, s. 177).

1.3 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva er bygd opp etter IMRoD-strukturen, som består av fem delar: introduksjon, teori, metode, resultat og diskusjon. I teoridelen vil aktuell teori rundt den terapeutiske relasjonen bli presentert, med hovudvekt på Joyce Travelbee sin teori *menneske-til-menneske-forhold*. I tillegg kjem aktuell litteratur for problemstillinga og temaet. Metodedelen er delt i to og vil dokumentere dei ulike stega i den systematiske litteraturstudia, basert på boka til Forsberg og Wengstöm (2015) og Evans sin syntese-prosess (2002). Funna i litteraturstudia blir presentert i resultatdelen, før diskusjonskapittelet drøftar resultatata og nytta desse kan ha i den psykiske helsetenesta.

2 Teori

I dette kapitlet vil aktuell litteratur og teori presenterast. Dette inkluderar litteratur rundt psykisk sjukdom, den psykiske helsetenesta i Noreg og retten til brukarmedverknad, saman med relevant lovgiving. Litteraturen vil legge eit grunnlag for å forstå psykiske lidningar, kva som kan vere viktig for pasienten og kva rettar pasienten har. I tillegg vil teori av Joyce Travelbee og andre ta for seg den terapeutiske relasjonen og kva den består av.

2.1 Psykiske lidningar

Ein av fire nordmenn vil til ei kvar tid ha ei psykisk lidning (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 20). Dei psykiske lidningane med høgst førekomst i Noreg er angst og fobiar, tvangstankar, depresjon og bipolare lidningar. Menneske med psykiske lidningar – spesielt schizofreni og bipolar lidning – har auka dødelegheit samanlikna med resten av befolkninga. Angst og depresjon er på respektivt tredje- og fjerdeplass som årsak til uførleik i Noreg (FHI, 2018). Dette kapitlet vil vidare kort beskrive opplevinga av psykisk sjukdom og kva behov personar med psykiske lidningar har.

For å forstå kva som er viktig for pasientar med psykisk sjukdom er det relevant å ha innsikt i korleis dette vert opplevd. Kjell Magne Håkonsen (2014, s. 277) beskriv ulike fellestrekk ved psykiske lidningar. Skyldkjensle, skamkjensle og avmaktskjensle er ofte førekommande, der skyldkjensla ofte er irrasjonell – at ein ikkje kan noko, at ein berre er til bry og at ein har skuld i vanskane sjølv. I skamma ligg den negative vurderinga av seg sjølv, som sjølvforakt og nedvurdering av eigne evner. Avmakta kjem når ein ikkje klarar å mestre det ein har opplevd. Ved depresjon kan ein vere kraftlaus og kjenne på meningslause og tomheit, og ved angst kan ein kjenne seg liten og hjelpelaus.

Personar med psykiske lidningar har dei same fysiologiske behova som alle andre. Ein kan også oppleve at ein har god helse sjølv om ein er i ei sjukdomsfase eller har ein kronisk psykisk sjukdom. I ei undersøking vart personar som tidlegare var innlagd på ein sengepost spurt kva viktige erfaringar dei gjorde seg. Desse var ifølgje Jan Kåre Hummelvoll (2012, s. 34) å få vite at slik dei hadde det var normalt og at ein kunne få hjelp, at ein måtte bli kjent med seg sjølv og eigne behov, at ein burde prate om det ein kjente på og at ein sjølv hadde eit viktig ansvar i betring. Det er sentralt å finne mening i situasjonen sin, prøve å mestre den og arbeide for å auke sjølvkjensla si (Hummelvoll, 2012, s. 36). Dette er mål ein kan strekke seg etter, og som sjukepleiarar og anna helsepersonell kan hjelpe å styrke.

2.2 Den psykiske helsetenesta

I Noreg strekk den psykiske helsetenesta seg frå primærhelsetenesta til spesialiserte einingar i spesialisthelsetenesta. Kommunar har mellom anna plikt til å gi nødvendige helse- og omsorgstenester til personar med psykiske lidningar, jamfør §3.1 i helse- og omsorgstenestelova (2011). Helsetilbodet består mellom anna av fastlege, psykisk helseteneste og rusteneste, og aktivitetstilbod gjennom dagsenter. I kommuna mottek ein vurdering, oppfølging, rehabilitering og medikamentell behandling, både før og etter kontakt med spesialisthelsetenesta (Bøe & Thomassen, 2017, s. 171). I spesialisthelsetenesta finn ein distriktpsikiatriske sentre, poliklinikkar og døgnseengepostar på sjukehus, i tillegg til ambulante team som nyttar seg av oppsøkjande behandling (Helsedirektoratet, 2014).

Av alle innleggingar til døgnbehandling i Noreg frå 2012-2017 var rundt 16% gjort gjennom tvangsvedtak (Helsedirektoratet, 2019a). 75% av desse vart gjort utan vedtak om behandling i tillegg (Helsedirektoratet, 2019b). Bruken av tvang i psykisk helsevern er regulert etter psykisk helsevernloven, som skal sikre ein forsvarleg bruk av tvang når hensynet til pasient eller omgjevnader tilseier at det er nødvendig. Under innlegging finn ein også andre tvangsvedtak, som skjerming, tvangsmidlar (som belteseng) og tvungen behandling (Helsedirektoratet, 2019c).

2.3 Retten til å medverke

Pasient- og brukarrettighetsloven §3.1 (1999) slår fast at mottakarar av offentlege tenester har rett til medverknad – dette gjeld for eksempel i val av tenester og behandling, i tillegg til at tenestetilbodet så langt som mogleg skal utformast i samarbeid med pasienten. Brukarmedverknad har også ein eigenverdi og ein terapeutisk verdi, og kan bidra til å kvalitetssikre helsetenestane som blir gitt. Det å bli tatt på alvor, oppleve tryggleik og tillit, bli behandla med respekt og få hjelp når behovet er der er alle viktige element i eit likeverdig samarbeid. Det likestilte samarbeidet er målet ved retten til brukarmedverknad (Helsedirektoratet, 2017).

For å kunne gi gode helsetenester på brukaren sine premisser er det nødvendig med kunnskap og kompetanse om brukaren og deira psykiske lidning, skriv Helsedirektoratet i rettleiaren *Sammen om mestring – Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (2014). Brukaren sine oppfatningar, erfaringar, ynskjer og behov skal kome til uttrykk og leggast til grunn i behandlinga. Brukarmedverknad skapar likestilling og kvalitet i helsetenestetilbodet, gir meir kunnskap og tenester fordi ein lyttar til brukaren, og tilbodet får legitimitet fordi brukaren er tatt med i avgjersler. I tillegg kjem eigenverdien i form av mestring, fordi ein tek vare på og styrkar brukaren sine egne ressursar og mestringsevne, og gir dei moglegheta til meir å oppnå meir kontroll over eige liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 17).

2.4 Den terapeutiske relasjonen

Den terapeutiske relasjonen kan forståast på ulike måtar, og fleire teoretikarar har belyst den terapeutiske relasjonen og kva den består av. I dette kapittelet vil ulike perspektiv verte utforska, mellom anna sjukepleieteoriar av Hildegard Peplau og Travelbee – der Travelbee sitt menneske-til-menneske-forhold vil bli beskrive nærare. I tillegg vil to andre teoriar bli presentert: den tredelte modellen til Charles Gelso om den terapeutiske relasjonen, og pasient-sjukepleiar-fellesskapet og hjørnesteinane til Hummelvoll.

Peplau har fire fasar i sin teori om *interpersonelle relasjonar*. I orienteringsfasa søker pasienten assistanse for problemet sitt. I identifiseringsfasa utviklar ein respekt for kvarandre, og sjukepleiaren brukar utdanning og ferdigheiter til å hjelpe pasienten. I utnyttingsfasa hjalp sjukepleiaren pasienten til å endre oppførsel og handlingar for å løyse problemet og etterkvart møte behova sine sjølv. I avslutningsfasa avsluttar sjukepleiar relasjonen til pasienten, og pasienten går vidare i livet med forhåpentlegvis auka sjølvstende. I møtet med pasienten tek sjukepleiaren på ulike roller, som ein leiar som guidar pasienten gjennom samarbeid, og ein rådgjevar som hjalp pasienten i å forstå egne erfaringar og lidningar (Adams, 2017, s. 11).

Ifølgje Travelbee (2001, s. 29) er målet og hensikta med sjukepleie å førebyggje sjukdom og lidning, og å hjelpe pasienten til å mestre og finne mening i erfaringane. For å oppnå dette må ein etablere eit *menneske-til-menneske-forhold*, som utviklast over fire fasar. For å hjelpe pasienten har sjukepleiaren ein intellektuell tilnæringsmåte til problema, i kombinasjon med å bruke seg sjølv terapeutisk. Mens tilnæringsmåten baserar seg på det teoretiske ved sjukepleie, tek det terapeutiske for seg den kognitive og affektive sida av sjukepleie. Her nyttar ein sin eigen personlegdom til å etablere relasjonen til den sjuke, noko som krev innsikt i menneskeleg åtferd og sjølvforståing (Travelbee, 2001, s.41-46).

Gelso (2014) har utvikla ein tredelt modell som beskriv relasjonen mellom pasient og yrkesutøvar. Første del er *den ekte relasjonen* – det personlege forholdet mellom den profesjonelle og pasienten. Dette blir påverka av i kva grad partane er genuine med kvarandre, og erfarer og oppfattar kvarandre på ein måte som positivt påverkar den andre. Denne relasjonen blir djupare og sterkare etterkvart som tida går. Den andre delen av modellen er *arbeidsalliansen*, der ein kombinerer pasienten sine sjølvoppfatningar med den profesjonelle sitt terapeutiske arbeid og synspunkt. Ein blir her samspelt i målet med terapien og jobbar saman for å oppnå dette. Den siste delen av modellen er *overføring*, der pasienten og terapeuten sine erfaringar og menningar om kvarandre blir påverka av deira tidlegare erfaringar. Dette kan vere ei viktig støtte i å kunne gi god hjelp til pasienten, så lenge ein ikkje generaliserer for eksempel basert på diagnose (Gelso, 2014, s. 119-123).

Hummelvoll omtalar relasjonen mellom sjukepleiar og pasient som *sjukepleiar-pasient-felleskapet*. Dette er fordi eit *felleskap* fremjar møtet mellom to menneske, heller enn rollene dei har, noko som igjen legg grunnlag for *felles opplevingar*. Gjensidig tillit og openheit er viktige nøkkelord, og felleskapet er eit opplevings- og arbeidsfellesskap som gir pasienten auka sjølvvinnings- og situasjonsforståing, for å kunne hjelpe pasienten til å arbeide igjennom helseproblemet sitt (2012, s. 38). Felleskapet treng nokre sentrale verdiar – *hjørnesteinar* – for å oppnå desse måla. Hjørnesteinane til Hummelvoll er mellom anna likeverd; møte/nærvære; mål, mening og verdiavklaring; håpets betydning, og er alle sentrale for relasjonen mellom sjukepleiar og pasient (2012, s. 39).

Alle relasjonar mellom helsepersonell og pasient ber preg av ei ujamn maktfordeling. Sjukepleiaren sit mellom anna på meir kunnskap enn pasienten, og dette kan påverke behandlinga pasienten får (Nortvedt, 2016, s. 156). Ifølgje dei yrkesetiske retningslinjene til sjukepleiarar skal ein for eksempel la pasienten ta egne val, men dette føreset at pasienten har blitt informert godt nok av sjukepleiaren (NSF, 2011). Alle nære relasjonar med pasientar kan også overskride etiske grenser. Seksuelle relasjonar eller relasjonar der ein tek imot økonomiske gåver frå pasienten er eksempel på utnytting av maktforholdet. Det er ulovleg å motta slike tenester, etter §9 i Helsepersonelloven (1999).

2.4.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Teorien til Travelbee om *menneske-til-menneske-forholdet* tek for seg dei ulike stega ein går igjennom når ein bygg ein relasjon og kva desse inneber, og bidreg difor til innsikt i den terapeutiske relasjonen. Travelbee skriv at grunnlaget i reell kontakt er at ein ser kvarandre som *menneske*, ikkje stereotype roller som sjukepleiar og pasient. Sjukepleiaren skal aktivt lære pasienten å kjenne gjennom fire fasar. Desse er *det innleiande møtet, framvekst av identitetar, empati, og sympati og medkjensle*. Det overordna målet er å oppnå *gjensidig forståing og kontakt*, som ifølgje Travelbee er målet i all sjukepleie (2001, s. 172). Sjukepleiaren skal verdsette personane ein møter – pasienten er eit individ som tenkjer, føler og opplev, på lik linje med sjukepleiaren (Travelbee, 2001, s. 211).

I *det innleiande møtet* vil begge partane observere og anta ting om kvarandre, og danne seg meiningar om den andre. Her vil ein sjå kvarandre i rollene som pasient og sjukepleiar, men det er sjukepleiaren sitt ansvar å bevege seg vekk frå dette og sjå pasienten som det individet dei er (2001, s. 192). Den neste fasa er *empatifasen*. Empati er å ha ei forståing for den andre og «knytte seg opp til den andre og oppleve nærleik, men utan å gå opp i den andre» (Travelbee, 2001, s. 193). For å verkeleg ville hjelpe den sjuke og ha eit grunnleggjande ynskje om å lindre plagene deira, må sjukepleiaren over i *sympati- og medkjenslefasa*. Her blir ein påverka av den andre sine kjensler og personleg involvert. Sympati og medkjensle fører til gjensidig tillit, og det er i denne prosessen at *gjensidig forståing og kontakt* kan oppstå etter dei fire føregåande fasane (Travelbee, 2001, s.200-205). Den siste fasa føreset at sjukepleiaren utfører handlingar som lindrar plagene til pasienten og ikkje gjer situasjonen verre for han, og kjenneteiknast av at ein verdset kvarandre sin personlegdom og ser kvarandre som menneskelege, unike individ (Travelbee, 2001, s. 211).

Kommunikasjon er essensielt for å kunne opprette menneske-til-menneske-forholdet, fordi kommunikasjon føregår i alle møta mellom sjukepleiar og pasient. Her utvekslar ein tankar og kjensler, der pasienten uttrykkjer behov og sjukepleiaren uttrykkjer omsorg, både gjennom ord og handlingar. Den profesjonelle sjukepleiaren vil kommunisere på ein måte som kan påverke pasienten, og fremje forandring og motivasjon. Kommunikasjonen blir eit verktøy i å lære pasienten å kjenne, og er nødvendig for å kunne identifisere og ivareta deira behov for sjukepleie (Travelbee, 2001, s. 135).

3 Metode

Denne oppgåva er ei systematisk litteraturstudie. Her tek ein utgangspunkt i ei tydeleg formulert problemstilling, før ein systematisk søker etter, identifiserer, vel ut, vurderer og analyserar relevant forskning (Forsberg & Wengstöm, 2015, s. 27). Metodekapittelet vil beskrive dei ulike stega i litteraturstudia, delt inn i innsamlingsprosessen og analyseprosessen. I analysedelen vil synteseprosessen til David Evans (2002) nyttast. Dette er ein modell i fire steg, der steg ein er å finne eit utval studiar, før ein seinare bearbeidar studiane, identifiserer nøkkelfunn og samlar nøkkelfunna i felles tema på tvers av forskingsartiklane (Evans, 2002, s. 25).

3.1 Innsamling av datamateriale

Den systematiske litteraturstudia føreser ein god søkestrategi med utvalde, relevante søkeord som vert brukt konsekvent i dei databasane ein søkjer i. Ved funn av litteratur bør ein kritisk bedømme denne, og gjere eit utval basert på relevans for problemstillinga (Forsberg & Wengström, 2015, s. 31). Nedanfor vil litteratursøket og utveljinga av forskingsartiklane beskrivast.

3.1.1 Litteratursøket

Databasane som vart brukt i søket var Cinahl COMPLETE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Medline og PsycINFO. Valet vart gjort basert på relevans for temaet etter steg ein i Evans (2002, s. 25), der pasientperspektiv, terapeutisk relasjon med sjukepleiar/helsepersonell og psykiske lidingar er sentrale tema utifrå problemstillinga. Med utgangspunkt i dette vart søka gjort med ulike variasjonar av relasjonen (therapeutic alliance, working alliance, helping alliance, alliance, nurse-patient-relationship) i tillegg til «nurse», «mental illness» og «patient» i nokre av søka. Mange av dei same artiklane kom opp igjen gjennom heile søkeprosessen. Sjå vedlegg for søkehistorikk for ei detaljert oversikt over søka.

Inklusjonskriteria nytta i litteratursøket var primært «full text», «research article», «peer reviewed» og «abstract available» der dette var moglege valalternativ. Geografiske avgrensingar var vestlige land (inkludert Australia og New Zealand), men dette var berre mogleg på Cinahl, så slike avgrensingar vart elles gjort i etterkant, likeins med språk (engelsk og skandinaviske). I nokre av søka, som ga mange fleire resultat men då mange irrelevante resultat, vart tidsavgrensing på etter 2008 lagt inn. Dette gjaldt søka i Cinahl og Psychology and Behavioral Sciences Collection om «alliance» AND «mental illness», og «alliance» AND «mental illness» AND «nurse».

3.1.2 Dei utvalde forskingsartiklane

Artiklar i søkeresultata vart ekskluderte etter titlar som ikkje passa temaet, mens abstraktet vart lest ved relevante titlar, og dei som såg relevante ut for problemstillinga utifrå dette vart lest i si heilheit. Artiklane vart vurdert etter korrekt IMRAD-struktur (Dalland, 2017, s. 163), publisasjon i anerkjent tidsskrift basert på NSD sitt register av publiseringskanalar (NSD, 2018), i tillegg til etisk forsvarlegheit. Dette i form av at artiklane alle nemnde spesifikt at dei hadde godkjenning frå lokal etisk komité og/eller skriftleg og munnleg tillating frå deltakarane, der alle involverte samtykka til å vere med i studiane.

I tillegg vart tre ulike sjekklister frå FHI (2019) nytta for dei ulike metodane forskingsartiklane brukar – prevalensstudie, kvalitative studiar og oversiktsartiklar. Prevalensstudia til Bedi og Duff (2014) oppfylte alle kriteriana utanom at utvalet er noko lite på 42 opphavlege respondentar, men desse var alle vurdert til å vere representative for pasientgruppa av forskarane, og oppfylte dei fastsette krava til deltaking. Oversiktsstudiane til Ljungberg (mfl., 2015, 2016) vart vurdert som grundige og relevante etter gjennomgang av sjekklista. Dei kvalitative studiane oppfylte også dei ulike punkta i sjekklista for kvalitative studiar. Av dette vart alle forskingsartiklane godkjente etter gjennomgang av sjekklisene.

Åtte artiklar frå vestlege land vart til slutt valde, basert på dei øvrige kriteriana, rett perspektiv, og at dei tek for seg eigenskapar hjå sjukepleiarar/helsearbeidarar som var viktige for pasientane i ein god relasjon. Alle artiklane omhandlar brukarar av psykiske helsetenester og tek for seg pasientar med moderat til alvorleg psykisk sjukdom. Forskinga tek utgangspunkt i erfaringar med sjukepleiarar og helsepersonell, og majoriteten av artiklane er frå sjukepleietidsskrift. Denne utveljinga er i tråd med Evans (2002), då alle artiklane skal vere relevante for tema valt ved oppstart av søkeprosessen, slik at ein sikrar eit homogent datamateriale.

3.2 Analyse av datamaterialet

I bearbeidinga av resultatata frå dei ulike forskingsartiklane vil oppgåva følgje steg to og tre i synteseprosessen, som beskrive av Evans (2002, s. 25). Steg to er å lokalisere nøkkelfunn i forskingsresultata etter å ha lese artiklane fleire gongar for å sikre ei god forståing av materialet. Etter dette sorterer ein og listar opp nøkkelfunna, som vil representere essensen i kvar forskningsartikkel. Steg tre er å identifisere tema blant nøkkelfunna, kategorisere tema på tvers av artiklane etter likskap før ein lokaliserer eventuelle underkategoriar.

For å identifisere nøkkelfunna vart alle artiklane lest igjen for å få eit totalinntrykk (Evans, 2002), før kvar artikkel vart gått igjennom individuelt med større detaljfokus. I resultatkapitla vart relevante funn markert, som ord eller setningar pasientar nemnde som særleg viktige for den terapeutiske relasjonen til sjukepleiar. Alle funna vart så dokumentert i ein tabell, kategorisert per forskingsartikkel. Evans (2002) skriv at denne prosessen reduserer forskinga til sine mest sentrale delar. Dette gjer det lettare å sjå eit mønster når ein skal lokalisere sentrale tema.

Alle nøkkelfunna vart gjennomgått igjen for å finne felles tema, i tråd med Evans (2002). Her skal ein fokusere på fellestrekk, men også kontrastar. For eksempel vektlegger respondentane i ein av forskingsartiklane viktigeita av fysisk kontakt (Shattell, Starr, & Thomas, 2007), mens dette ikkje er nemnd i dei andre. Dette gir ein indikasjon på at fysisk kontakt ikkje er eit overhengande tema i denne litteraturstudia, fordi det ikkje er felles for alle forskingsartiklane. Det kan jamvel vere relevant som ein underkategori i eit større tema for å belyse eit interessant moment.

Neste steg er ifølgje Evans (2002) å sortere nøkkelfunna etter likskap, og identifisere tema som kan beskrive kvar samling av nøkkelfunn, før ein går igjennom alle kategoriane og vurderer dei opp mot nøkkelfunna og dei opphavlege resultatata frå artiklane. Målet med dette er å danne tema som best mogleg reflekterer funna, og som representerer dei mest sentrale delane av studieresultatata frå kvar enkelt forskingsartikkel. Til slutt vart tre sentrale tema lokalisert, med underkategoriar som bidreg til å forstå fenomenet i meir djupne. Desse var å *bli behandla likeverdige og med respekt, sjukepleiareigenskapar- og handlingar, og det å finne løysingar og fremje håp.*

4 Resultat

Steg fire i synteseprosessen (Evans, 2002, s. 25) er å beskrive hovudkategoriane ein har valt. Her brukar ein dei opphavlege forskingsartiklane for å understøtte valet av tema og undertema. Utdrag frå datamaterialet i dei ulike kategoriane vil beskrive pasienterfaringar og viktige moment frå forskinga.

4.1 Å bli behandla likeverdig og med respekt

Eit sentralt område som går igjen i alle forskingsartiklane er ynsket om *å bli behandla som ein likeverdig part i relasjonen*, der ein møtast som to unike individ (Ljungberg mfl., 2015). «He actually treated me like an adult, or like I had a real opinion, or it was valued. And that I wasn't crazy» (Shattell mfl., 2007). Det likeverdige samarbeidet er også svært viktig for å kunne prate om vanskane sine i tillegg til utfordringar i relasjonen (Stegink mfl., 2015). Kategoriar som fell under dette temaet er *å bli involvert i eiga behandling* og *å bli sett og møtt som person*.

Gjensidig tillit er ein viktig komponent i eit likeverdig samarbeid: «Know the person you're with [...]. You have to establish a good relationship with them... you have to trust the person [...]. It works both ways» (Ljungberg mfl., 2015, s. 483). Om ein for eksempel har ein gjensidig avtale om å snakke om vanskane når dei oppstår, vil pasienten føle seg meir sjølvstendig fordi dei sjølve kan seie ifrå når noko er gale og at sjukepleiaren stolar på at dei ville gjere dette (Stegink mfl., 2015).

4.1.1 Å bli involvert i eiga behandling

Eit gjennomgåande ynskje hjå deltakarane i alle forskingsartiklane er *å bli involvert i eiga behandling, og å faktisk kunne påverke denne* (Ljungberg mfl., 2015). Pasientane etterlyser å bli høyrd når det kjem til for eksempel oppleving av biverknader, medisinar og behandling (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015), og å kunne einast om avgjersle knytt til behandlinga (Ljungberg mfl., 2015). Det å bli respektert er viktig for å føle at ein vert lytta til i behandlinga (Wyder mfl., 2015). Helsepersonell som ikkje respekterer meiningane til pasientane, og som har ei paternalistisk eller autoritær haldning, påverkar den terapeutiske relasjonen negativt (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2016). Helsepersonell skal helst vere «a guide, not a director» (Shattell mfl., 2007, s. 281).

I felt I got what I needed [...]. Here, there was a mutual relationship, they listened to me and I felt respected. I want to function autonomously, and here I felt I had an influence, for example on my medication. (Johansson & Eklund, 2003, s. 343)

Pasientane vil vite kva behandlingsplanen er og få meininga si tatt i betraktning i utforminga av planen (Wyder mfl., 2015). «I felt like they never listened to me and they were just making choices for me [...] I just felt that my life was out of control and I didn't have a say in what I was doing» (Ljungberg mfl., 2016, s. 6). Pasientane etterlyser også betre og meir informasjon. Dette gjeld både i form av kva som skal skje på avdelinga (Gunasekara, Pentland, Rodgers, & Patterson, 2014) og reglane på avdelinga, i tillegg til informasjon om behandling (Wyder mfl., 2015).

4.1.2 Å bli sett og møtt som individ

Eit viktig utgangspunkt for ein god, likeverdig terapeutisk relasjon er *å bli kjent med pasienten bak sjukdommen* – å sjå dei på ein holistisk måte, som Gunasekara (mfl., 2014) slår fast, ikkje berre symptom som skal handterast. Det å føle at ein blir sett pris på og at sjukepleiaren er interessert var sentralt. «When they see me, when they seriously meet and relate to me, then I exist as a person» (Johansson & Eklund, 2003, s. 343). Å sjå pasientane utover sjukdom og diagnose og å få kontakt med dei som medmenneske er viktig også for pasientane som var innlagd på tvangsvedtak i Wyder (mfl., 2015). Det å bli spurt om andre ting i livet, som sivilstatus, arbeid og skulegang, er prissatt (Shattell mfl., 2007). Dette var også høgt vurdert i Bedi og Duff (2014).

4.2 Sjukepleiareigenskapar- og handlingar

Ljungberg mfl. (2015, s. 488) skriv at dei positive komponentane i den terapeutiske relasjonen også blir påverka av den individuelle sjukepleiaren, i deira unike måtar å vere på og handle på. Ei rekke personlege eigenskapar, i tillegg til veremåte og ferdigheiter, vert konsekvent nemnde av deltakarane i dei ulike studiane. Desse funna vil bli presentert nedanfor, i underkategoriar som består av *sjukepleiarkvalitetar*, *kommunikasjonsmåtar* som vart opplevd positivt, og *kontinuitet og tilgjengelegheit*.

4.2.1 Sjukepleiarkvalitetar

Omsorg, varme og støtte er viktige nøkkelord for deltakarane i deira positive erfaringar med sjukepleiarar (Wyder mfl., 2015; Stegink mfl., 2015). Dette er grunnlaget for eit støttande psykososialt klima som bidreg i danninga av ein god terapeutisk relasjon (Johansson & Eklund, 2003). Deltakarane legg ofte vekt på at sjukepleiaren vert opplevd som imøtekomande, har «eit godt hjerte» og verkeleg bryr seg. Dette får deltakarane til å føle seg verdifulle og betydningsfulle (Wyder mfl., 2015). Det er viktig å føle at dei faktisk betyr noko for helsearbeidarane, at dei bryr seg og tenker på dei (Ljungberg mfl., 2015). «I felt concern, care and attention, although I acted immaturity. They took time, and I was allowed to just be» (Johansson & Eklund, 2003, s. 343). *Humor, smil og latter* er også eit gjentakande tema, for eksempel i Wyder (mfl., 2015). Det å le saman og bli møtt med eit smil er veldig viktig: «the councillor greeted me with a smile» og «the councillor and I laughed together» var begge høgt verdsatt i den kvantitative studia til Bedi og Duff (2014, s. 9-10).

Ein viktig faktor for å kunne kome nærare sjukepleiaren er at sjukepleiaren *deler personleg informasjon og eigne erfaringar* (Shattell mfl., 2007). Også i Bedi og Duff (2014) verdsette pasientar høgt at helsepersonell fortalte om liknande erfaringar dei hadde hatt sjølve, og at dei avdekkja personleg informasjon om seg sjølv.

Det at sjukepleiaren kan *gi kunnskap, og ha kompetanse og ferdigheiter* medverkar til ein god terapeutisk relasjon. Sjukepleiaren er ei viktig kjelde til informasjon, og kan bidra til forståing rundt situasjonen og korleis å handtere den (Ljungberg mfl., 2015, s. 484). Det å vere inkompetent og å ikkje forstå situasjonen til pasienten er difor sett på som negativt, mellom anna for deltakarane i Ljungberg (mfl., 2016). Det at sjukepleiaren kan kombinere innsikt i pasienten sin situasjon med kunnskap er verdifullt, som i Stegink (mfl., 2015):

Patients experienced the nurse as helpful when the nurse was well informed about BD (bipolar disorder) in general, but also about the specific characteristics and vulnerabilities of the patient as a person [...] the nurse was able to effectively combine theoretical insights [...] with the patient's individual needs. (s. 293)

4.2.2 Kommunikasjonsmåtar

Kommunikasjon er ein sentralt faktor for mange i møtet med den individuelle sjukepleiaren. Dette inneber aktiv lytting, det å vere fokusert og oppmerksom i samtalen og å uttrykke forståing for det pasientane fortel: «She has a good tone (to her voice), smiles, gives eye contact, and addresses me by name» (Ljungberg mfl., 2015, s. 487).

Blant kommunikasjonsteknikkane som er verdsett, finn ein gjentaking, oppsummering, klargjering og å reflektere rundt det som vert sagt. Det å stille opne spørsmål er viktig, i tillegg til augekontakt, full merksemd og å uttrykke kjensler (Shattell mfl., 2007). Ifølgje Bedi & Duff (2014) er augekontakt ein av dei viktigaste positive faktorane i alliansen til helsepersonell. Andre positive faktorar med høg konsensus var å referere til tidlegare samtalar, sitte i ro og lytte, sitte retta mot pasienten og å oppsummere ting som vert sagt. I Shattell (mfl., 2007) tek deltakarane opp fysisk kontakt som viktig. Pasientane vil at den profesjonelle skal relatere til dei, både mentalt og fysisk. Det å få ei hand å halde i, ein klem eller ei hand på skuldra er prissett:

I think that one of the big things that helped me a lot [...] was just touching. Simple touching. Putting a hand on your shoulder, telling you, 'It's going to be okay' [...] (Shattell mfl., 2007, s. 279)

4.2.3 Kontinuitet og tilgjengelighet

«One basic, helpful component is the opportunity of having long-term relationships; something that is described as providing continuity and consistency [...]» (Ljungberg mfl., 2015, s. 483). For å kunne bygge ein relasjon må sjukepleiaren vere tilgjengelig og ha nok tid til pasienten (Shattell mfl., 2007). Dette er viktig for å få god hjelp, og deltakarane opplever det som negativt når helsepersonell ikkje har tatt seg tid til å snakke med dei eller vert oppfatta som stressa (Ljungberg mfl., 2016).

He actually took out the time to sit down and talk with me about the things I am going through and dealing with, for an extended period of time [...]. An extra 5 or 10 minutes can make all the difference in the world. (Shattell mfl., 2007, s. 281)

Diskontinuitet er sett på som negativt for relasjonsbygging i Ljungberg (mfl., 2016), fordi ein ikkje får tid og rom til å forme gode relasjonar over tid. Ein vert også tvungen til å fortelle bakgrunnshistoria si gong på gong i møtet med stadig nye profesjonelle. Å avbryte langvarige relasjonar kan kjennast ut som å bli dradd opp etter rota (Ljungberg mfl., 2016, s. 7).

4.3 Å finne løysingar og fremje håp

Deltakarane i studiane etterlyser likeverd, brukarmedverknad og gode kvalitetar hjå helsepersonell dei møter i den psykiske helsetenesta. Men like viktig er det at sjukepleiaren kan hjelpe med å finne løysingar på dei vanskane pasientane har. «Getting to the solution or helping to solve a problem is central to the therapeutic relationship», slår Shattell fast (mfl., 2007, s. 281). Mellom anna er det ynskjeleg at sjukepleia gitt vert tilrettelagt til kvar pasient. Å finne løysingar vil bidra til ein betre relasjon og fremje betring (Stegink mfl., 2015).

Deltakarane etterspør mellom anna hjelp til å finne praktiske løysingar. Dette inneber å lære vekk ferdigheiter (Bedi & Duff, 2014), og hjelp med medisinar, sosiale aktivitetar og andre kvardagsbehov (Ljungberg mfl., 2015). Det å hjelpe å sjå framover, setje mål og hjelpe å nå desse er viktig (Ljungberg mfl., 2015). I Stegink tykkjer deltakarane at det å bli oppmuntra av sjukepleiar til å oppretthalde fysisk aktivitet, utføre kvardagslege gjeremål og bli utfordra på å gjere desse etter beste evne er veldig positivt:

Some patients had trouble managing the activities they wanted to undertake and the path towards completion. Nurses assisted by helping the patient figure out the concrete goals they wanted to reach. Nurses encouraged them to divide each goal into manageable steps, thus contributing to their feelings of competence. (Stegink mfl., 2015, s. 294)

For å finne løysingar er det også viktig å oppmuntre og gi håp om at situasjonen kan bli betre i framtida (Ljungberg mfl., 2015). Det er svært negativt for deltakarane i Ljungberg om helsepersonell fokuserer på det negative, uttrykker håplause rundt situasjonen og har lave forventningar til pasienten og framtida deira – der dei, med andre ord, «conveyed no belief in the possibility of recovery but rather conveyed that the diagnosis was a lifetime sentence [...]» (Ljungberg mfl., 2016, s. 6). Om behov ikkje kan imøtegåast, er det viktig at sjukepleiaren forklarar kvifor (Gunasekara mfl., 2014).

5 Diskusjon

Dette kapitlet består av to delar. Først presenterast ein metodediskusjon der det systematiske litteratursøket som har blitt utført vurderast med tanke på framgangsmåte, styrker og svakheiter. Etter dette vil den faglige diskusjonen sjå på resultatata i lys av teori, konsekvensar for sjukepleie og relevans for praksis.

5.1 Metodediskusjon

Eit systematisk litteratursøk vart utført for å svare på kva som er viktig for pasienten i den terapeutiske relasjonen med sjukepleiar. For å kunne lokalisere relevante artiklar måtte synonymomgrep takast i bruk, då fenomenet blir beskrive med fleire ulike fagtermar, som for eksempel *terapeutisk allianse* og *pasient-sjukepleiar-relasjon*. Dette inneber at søket ikkje vert like spissa som det kunne ha vore med for eksempel berre eitt sentralt søkeord, men samtidig er det nødvendig for å finne flest moglege artiklar rundt temaet. Desse faguttrykka vart kombinert mellom anna med «mental illness» og «nurse» for å rette søket inn mot rett område (den psykiske helsetenesta) og sjukepleiepraksis. Jamvel om artiklane ofte tek for seg helsepersonell under eitt, er dei fleste frå sjukepleietidsskrift og deltakarane har alle psykiske lidingar.

Fleire av søka ga ei stor resultatmengde. Jamvel var majoriteten irrelevante artiklar som vart valt vekk basert på tittel. Det reelle utvalet var nokså avgrensa, der dei relevante forskingsartiklane funne vart inkluderte i oppgåva, anten direkte eller i oversiktsartiklane. Dei to oversiktsartiklane gir eit godt oversiktsblikk over fenomenet, og inkluderer også eit par artiklar som dukka opp i søkerundene, men som vart valde vekk på grunn av alder. Likevel er eit par eldre artiklar tatt med i oppgåva fordi dei svarar svært godt på problemstillinga, og fordi fenomenet som belyst i problemstillinga i lita grad er påverka av teknologi eller medisinske framsteg. Den eldste artikkelen er også den einaste med forskning gjennomført i Skandinavia, mens resten av forskinga er basert i vestlege land som er samanliknbare med forholda i Noreg. Desse er Canada, USA, Nederland og Australia, mens oversiktsartiklane er basert i Sverige med forskning frå vestlege land.

Oppgåva refererar til artiklar som nyttar seg av tre ulike forskingsmetoder. Dei fem kvalitative studiane går i dybda i erfaringane og tankane til deltakarane rundt temaet, og gir grundig og viktig innsikt i kva som er verdsett av den individuelle deltakar. Dei to oversiktsartiklane samlar resultatata frå mange kvalitative studiar og kan danne eit bilete av faktorar det er høg konsensus rundt på tvers av studiane. Tverrsnittstudia til Bedi og Duff (2014) gir ytterligare tyngde til resultatata fordi den viser kva eit større utval personar ser på som viktig i relasjonen til helsepersonell.

5.2 Faglig diskusjon

Kva er viktig for pasienten i den terapeutiske relasjonen til sjukepleiar? For å finne svaret på dette har oppgåva nytta seg av både teori og forskingsartiklar, og sett etter viktige element som kan bidra til å forstå fenomenet. Dette kapitlet vil ta for seg kva konsekvensar desse resultatane kan få for sjukepleie, og korleis kunnskapen kan brukast i den psykiske helsetenesta i dag. Resultata presentert ovanfor viser at det er tre overhengande tema som står fram som særleg sentrale for ein god terapeutisk relasjon. Dette er likeverd og respekt, sjukepleiaren sine handlingar og kvalitetar, og til slutt ynskjet om at sjukepleiar finn løysingar og fremjar håp hjå pasienten. Desse resultatane vil drøftast nedanfor i lys av teori og nytte i praksis.

5.2.1 Å bli behandla likeverdig og med respekt

For pasientane var autonomi, likeverd og respekt eit viktig og sentralt område for kva dei verdsette i den terapeutiske relasjonen med sjukepleiar. Dette omfatta kategoriane frå resultatdelen om å bli behandla som ein likeverdig part, å bli involvert i eiga behandling, og bygginga av ein relasjon med pasienten.

Ifølgje Hummelvoll er likeverd sjølve «ledetråden i sykepleier-pasient-felleskapet» (2012, s. 39). I *Pasienten-først-plakaten* – som er ein visjon laga av Helsedirektoratet for kvalitetstenking i helsetenesta – skal helsepersonell møte pasientar med respekt og ta dei på alvor (Orvik, 2015, s. 88). For å oppnå likeverd må ein respektere kvarandre sin integritet, noko som inneber å respektere menneske som dei er, med sine feil og manglar. Ifølgje Travelbee skal sjukepleiaren møte alle ho har omsorg for som unike individ (2001, s. 188). Sjukepleiaren bør behandle alle som likeverdige seg sjølv – og som Travelbee skriv, ein møtast som menneske, ikkje sjukepleiar og pasient. Opplevinga av likeverd er eit viktig hjelpemiddel i den terapeutiske relasjonen, fordi berre om ein ser den andre som eit unikt individ, og ikkje ein pasient, kan ein oppnå gjensidig forståing og kontakt. Berre menneske – ikkje kategoriar – kan bygge opp ein relasjon til kvarandre, skriv Travelbee (2001, s. 188).

Autonomi er eit svært viktig prinsipp i dagens helseteneste, og omfattar pasienten sin rett til å bestemme over eiga behandling (Nortvedt, 2016, s. 135). Dette gjekk igjen mellom anna i Wyder der pasientane ville bli høyrd på medisiner og behandling (mfl., 2015). Dette ynskjet er lovfesta: retten til å medverke er lovpålagt i pasient- og brukarrettighetsloven (1999), noko som betyr at sjukepleiar er pliktig til å involvere pasienten og la deira meiningar bli høyrte i behandlingssamanheng. I arbeidsalliansen til Gelso (2014) *samarbeider* ein med pasienten for å oppnå målet i terapien. Dette samarbeidet er ifølgje Bøe og Thomassen ein ny måte å sjå brukarmedverknad på, der ein heile vegen involverer pasienten som ein likepart, og der arbeidet er prega av dialog og felles innsats for eit mål om betre psykisk helse (2017, s. 22). Autonomi kan styrkast mellom anna av god informasjon i møtet med pasienten, slik at dei kan ta informerte val rundt eiga helse. Retten til informasjon er også lovfesta gjennom §3.1 i pasient- og

brukerrettighetsloven (1999), og i *Pasienten-først-plakaten* skal pasientar få alle relevante opplysningar om situasjonen, slik at dei skal kunne forstå og mestre sjukdomen sin (Orvik, 2015, s. 89). Sjukepleiarar bør ta seg tid til å forklare ulike behandlingssløp, medikamenta pasientane får og rettane dei har, slik at pasienten får kunnskapen og verktøya dei treng til å involvere seg i eiga behandling.

Det er avgjerande at ein møter pasienten med respekt og forståing allereie ved det første møtet, skriv Røssberg (2008, s. 135). I desse møta mellom sjukepleiar og pasient utviklast den terapeutiske relasjonen. Deltakarane i forskingsartiklane ville mellom anna bli sett pris på, og at sjukepleiaren såg pasienten bak lidinga (Johansson & Eklund, 2003; Gunasekara mfl., 2014). Nettopp dette legg Travelbee vekt på i menneske-til-menneske-forholdet – å sjå den andre som menneske og aktivt lære han/ho å kjenne (2001, s. 172). I Gelso (2014) handlar den ekte relasjonen om genuinitet og positive meiningar om kvarandre. Dette kan vere ynskjer om at sjukepleiar bryr seg og viser reell interesse, som i Ljungberg (mfl., 2015). Nærleik er ein balansegang, og for nokre pasientar i Johansson og Eklund (2003) var det skummelt å kome for nære. Ingen pasientar er like, og ein må difor vurdere kvar gong kor nære ein skal kome pasienten. Kanskje vil ikkje pasientar fortelle om djupe tankar og kjensler i ein midlertidig relasjon; ofte veit ein at relasjonen kanskje berre varar dei to vekene ein er innlagd på sengeposten.

Sjukepleiarar, legar og andre i den psykiske helsetenesta er i ein maktposisjon ovanfor pasientane dei møter, mellom anna fordi dei sit med meir kunnskap enn pasienten, har meir autoritet fordi dei har utdanning i fagfeltet og sit med avgjerslemakt då dei sjølve kan vurdere kva som er rett behandling. Maktfordelinga vil difor stadig vere skeiv, jamvel om ein eller begge partane har eit opplevd likeverdig samarbeid. Dette kan likevel førebyggast ved at pasienten involverast så mykje som mogleg i avgjersle som direkte påverkar dei, og at pasienten får tilstrekkeleg og god informasjon slik at dei også har kunnskap om eigen tilstand, i tillegg til å bli gitt reelle valalternativ (Nortvedt, 2016, s. 156). Ved hjelp av slike tiltak kan pasienten kunne oppleve autonomi – at dei blir høyrte, respektert og får vere med på å bestemme eiga behandling.

5.2.2 Sjukepleiareigenskapar- og handlingar

Funna i denne oppgåva viser at sjukepleiaren som individ påverkar den terapeutiske relasjonen (Ljungberg mfl., 2015, s. 488). Sjukepleiarkvalitetar – som omhandlar spesielt personlegdomstrekk og oppførsel, kommunikasjonsteknikkar, å bruke seg sjølv terapeutisk og det å dele av seg sjølv, vil bli drøfta nedanfor.

Deltakarane verdsette at sjukepleiaren var omsorgsfull, varm, støttande og imøtekomande (Wyder mfl., 2015; Stegink mfl., 2015). Ifølgje Johansson og Eklund (2003) la dette grunnlaget for eit støttande psykososialt klima. I fasane til Travelbee finn ein både *empati* og *sympati* og *medkjensle*. Oftast er det sjukepleiaren si åtferd eller veremåte som uttrykker denne medkjensla, og inneber varme og omsorg som springar ut frå kjenslene til sjukepleiaren (Travelbee, 2001, s. 201). Ein skal ha ei genuin omsorg for pasienten, noko også Hummelvoll støttar med at ein skal vere ekte og nær med pasienten (2012, s. 422). For å oppnå ein god terapeutisk relasjon må ein genuint bry seg – ifølgje Travelbee kan ein sjukepleiar berre gi ein overflatisk interaksjon om ein ikkje er eit ekte menneske som kan oppleve sympati og medkjensle (2012, s. 202). Ein del av det å utøve sjukepleie er å bruke seg sjølv terapeutisk. Dette inneber å nytte eigen personlegdom for å opprette ein relasjon med pasientane ein møter, og å la seg forplikte til og bry seg om dei (Travelbee, 2001, s. 44-46).

Sjukepleiaren vart sett på som ein ressursperson som kunne hjelpe pasienten til å forstå situasjonen sin (Ljungberg mfl., 2015). Ifølgje Travelbee skal sjukepleiaren nytte seg av ein *intellektuell tilnæringsmåte* i arbeidet sitt. Dette inneber at ein har kunnskapar og innsikt i teori, og at ein klarar å ta i bruk denne teorikunnskapen i praksis (2001, s. 42). Sjukepleiar bør difor i denne samanhengen ha kunnskap om dei ulike psykiske lidingsane, vite om biverknader av medikamenta ein gir til pasienten, og ha innsikt i behandlingsmåtar og terapimåtar. Deltakarane etterspurte også at sjukepleiar hadde innsikt i dei som individ, og kunne kombinere denne innsikta med teoretisk kunnskap (Stegink mfl., 2015). Bipolar lidning utartar seg for eksempel annleis hjå kvar person, så jamvel om sjukepleiar har kunnskap om bipolar lidning generelt, må ein også ha innsikt i sjukdomsmønsteret til pasienten ein jobbar med. Ifølgje dei *Yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar* (2011, s. 8) skal sjukepleie bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukarkunnskap. Å ta til seg kunnskap både teoretisk og om pasienten spesifikt er difor noko alle sjukepleiar er pliktige til å gjere.

Kommunikasjon stod i forskinga fram som eit viktig verktøy for å styrke den terapeutiske relasjonen med pasienten, og ikkje minst viste nonverbal kommunikasjon seg å vere viktig. Kommunikasjon er sentralt i opprettinga av menneske-til-menneske-forholdet, skriv Travelbee (2001, s. 135). Deltakarane i dei ulike forskingsartiklane nemnde blant anna aktiv lytting, oppmuntring og augekontakt som eksempel på gode kommunikasjonsteknikkar. Fleire av teknikkane som vart verdsatt av deltakarane går også igjen i Travelbee. Opne spørsmål, der ein let pasienten utdjupe eller svare meir enn berre «ja/nei», er eit eksempel. Ein har også gjentakning og speiling, eksemplifisert i denne setninga: «'Jeg vil hjem' – 'Du vil hjem?' – 'Ja, jeg er så bekymret for kona og barna'». Travelbee skriv vidare at kommunikasjonsteknikkane er eit hjelpemiddel som

kan identifisere kva pasienten kjenner på og tenker på, men som må brukast med skjønn (Travelbee, 2001, s. 154-155). Aktiv lytting omfattar ifølgje Eide og Eide (2007) både nonverbal og verbal kommunikasjon. Mellom anna finn ein spørsmålsstilling, oppmuntring, augekontakt og berøring. Fysisk kontakt var også noko deltakarane i Shattell (mfl., 2007) verdsette. Som sjukepleiar tilbyr ein ofte ei hand i situasjonar som kan opplevast vanskelege for pasienten, men det kan vere utfordrande å vite når slik fysisk kontakt passar seg. Dette kan løysast ved å spørje pasienten om dei vil ha ein klem eller ei hand når dei er triste – det kan godt vere det er nettopp det dei treng.

Det er ikkje mogleg å hjelpe pasientar utan å vere tilgjengeleg og vere villig til å lytte, skriv Travelbee (2001, s. 123). Pasientane tykkja det var elementært i den terapeutiske relasjonen at sjukepleiar var tilgjengeleg og hadde nok tid til dei, der berre fem eller ti minutt ekstra lytting kunne utgjere ein stor forskjell (Shattell mfl., 2007). Ein av hjørnesteinane til Hummelvoll (2012, s. 40) handlar om nærvære. Det inneber å aktivt lytte og vere til stade på ein autentisk måte, og er prega av vennskapelegheit og ei reell interesse for å forstå pasienten. For å legge til rette for desse møta og relasjonsbygging over tid er det å ha primærkontaktar under innlegging på sengepost, og fastlegar og kontaktpersonar i primærhelsetenesta, viktige tiltak. Pasienten skal for eksempel ifølgje *pasienten-først-plakaten* helst ha *ein* ansvarleg person å halde seg til (Orvik, 2015, s. 89). Ikkje minst kjem det å ha nok tid i arbeidskvardagen til å sette seg ned og snakke med pasientane – noko som er ei utfordring då berre 30% av sjukepleiarkvardagen er direkte pasientkontakt (Orvik, 2015, s. 19).

Pasientane i forskingsartiklane verdsette at sjukepleiar delte av eigne erfaringar og personleg informasjon med dei (Shattell mfl., 2007; Bedi & Duff, 2014). I forskinga til Unhjem, Vatne og Hem (2018) undersøker dei kor mykje og kva sjukepleiarar deler av seg sjølv. Intervjua deira viste at sjukepleiarar deler mest om eigen familie, interesser og aktivitetar, livserfaringar og identitet - i form av personlegdom og eigne meiningar. Grunnane sjukepleiarane nemnde var mellom anna at delinga var nødvendig for å få ein nærare relasjon, og at det fremja likeverd i relasjonen (Unhjem mfl., 2018, s. 802–803). Kor mykje ein kan og bør dele er noko mange sjukepleiarar er usikre på. Kanskje særleg er dette eit problem i den psykiske helsetenesta, der ein ikkje alltid veit om den personlege informasjonen kan misbrukast eller ikkje. Men nettopp her kan sjølvutlevering vere særleg positivt – både for den terapeutiske relasjonen og for at sjukepleiarar blir oppfatta som genuine og ærlege, som Unhjem skriv (mfl., 2018, s. 799).

5.2.3 Å finne løysingar og fremje håp

Det siste sentrale området for deltakarane i forskingsartiklane var at sjukepleiar hjelp dei å finne løysingar og at dei fremjar håp i samhandlinga med pasientane.

Personsentrert omsorg vart sett på som eit viktig verktøy i mellom anna Shattell (mfl., 2007). Dette har ein klar samheng med behovet til pasienten for å bli sett som eit individ, som beskrive i tidlegare avsnitt. Ifølgje Hummelvoll må ein ta omsyn til at kvar pasient er annleis, og difor treng ein personsentrert sjukepleie i den psykiske helsetenesta (2012, s. 48). I møtet med pasientar brukar ein tidlegare erfaringar og generaliserte kunnskapar (for eksempel om schizofreni) – det som Gelso (2014) kallar overføring. Det er lett for menneske å kategorisere andre, der for eksempel nokon med diagnosa schizofreni blir generaliserte innan kategorien «schizofrene pasientar». Sjukepleiaren bør i staden sjå det unike ved kvar pasient, og gi individuelt tilpassa sjukepleie (Travelbee, 2001, s. 61-62). Dei tidlegare erfaringane og generaliserte kunnskapane ein får er jamvel nødvendige for å kunne gi god sjukepleie – så lenge ein ser personen bak diagnosa, og tilbodet fortsatt tilpassast kvar pasient.

Å finne løysingar er heilt sentralt for den terapeutiske relasjonen, skriv Shattell (mfl., 2007). For å oppnå gjensidig forståing og kontakt må sjukepleiaren vere i stand til å hjelpe pasienten og lindre plagene deira (Travelbee, 2001, s. 212). Det å hjelpe er ein viktig del av sjukepleie, og sentralt for relasjonen til pasienten. For pasientane innebar denne hjelpa for eksempel praktiske løysingar rundt medisiner, aktivitetar og kvardagsbehov (Ljungberg mfl., 2015). Saman med sjukepleiar kan ein setje felles mål for behandlinga. Ein del av psykiatrisk sjukepleie er å styrke pasienten si eigenomsorg (Hummelvoll, 2012, s. 43). I Stegink (mfl., 2015) hjelpte sjukepleiarane deltakarane til å sette mål, og følgde opp og oppmuntra dei langs vegen mot desse måla. Dette var eit effektivt støttetiltak som pasientane såg på som veldig positivt.

Deltakarane etterspurte kjensla av håp. Dei ville mellom anna at helsepersonell skulle vere optimistiske om framtida og at situasjonen kunne bli betre (Ljungberg mfl., 2015). Travelbee (2001, s. 117) skriv at håp er det som gir pasienten energi, og gjer det mogleg å legge krefter i betring og behandling. Vidare blir sjukepleiaren si oppgåve å «hjelp den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet» (Travelbee, 2001, s. 123). Håpet er sentralt for å halde ut gjennom liding, og å ha innsikt i pasienten sine håp og ynskjer er nødvendig for å kunne kome fram til mål og retning i sjukepleia gitt (Hummelvoll, 2012, s. 43). Pasientane i Gunasekara (mfl., 2014) ville gjerne bli forklart kvifor om behova deira ikkje kunne imøtegåast. Sjukepleiaren kan gjerne gi alternative forslag i møtet med urealistiske ynskjer, og bør ha ei optimistisk haldning (Hummelvoll, 2012). Utan optimisme og håp rundt behandlinga gitt, vil ikkje pasienten nødvendigvis ha kreftene som trengst til å oppleve framgang. Her bør sjukepleiar jamvel ikkje gi urealistiske håp, som at ein kan forvente komplett betring: i staden kan ein legge vekt på at ein kan ha god helse sjølv med ei kronisk liding, og jobbe mot realistiske mål som gjev mestringskjensle og bidreg til eigenomsorg. Det er generelt viktig å vekke håpet i pasientane ein møter, og prøve å etterkomme ynskja deira når dette er mogleg.

Alvorlege psykiske lidningar som bipolar lidning og schizofreni er oftast kroniske, og difor blir det å helbrede lidinga vanskeleg. Det er her målet om å finne meining i lidning og å mestre sjukdomen blir viktig – tiltak som Travelbee ser på som sentrale i sjukepleie (2001, s. 29). Travelbee skriv vidare at sjukdom kan vere sjølvaktualiserande. Eksempel på dette kan være at det kan hjelpe pasienten til å bli betre kjent med seg sjølv og eigne behov. Kanskje kan også sjukdomen verte ein grunn for å jobbe for eit betre liv, fordi ein må ta tak i ting under behandlingssløpet. Vidare kan samtalar om kvifor ein vart sjuk hjelpe å fjerne skam eller skuldkjensle – sjukepleiar kan fortelje at psykiske lidningar skjer mange, og at pasienten sjølv ikkje har skuld i at det skjedde dei. Ifølgje Hummelvoll er det viktig å fokusere på mål, meining og verdiavklaring i samarbeidet med pasienten, og at opplevinga av meining er sentralt for kjensla av helse (2012, s. 40). Spørsmål som *'kva er viktig for deg?'* kan hjelpe sjukepleiaren til å identifisere måtar pasienten kan finne meining i sjukdomen sin på. Om det er viktig for dei å ha sosiale relasjonar, for eksempel, kan sjukepleiar foreslå å delta på psykososiale tilbod i kommunen.

5.2.4 Konklusjon

Denne oppgåva ynskter å svare på kva som er viktig for pasientar med psykiske lidningar i den terapeutiske relasjonen til sjukepleiar. Analysen av forskinga avdekkar tre store tema som særleg sentrale, der alle på ulikt sett bidreg til ein positiv terapeutisk relasjon. Det første temaet er ynskjet om likeverd, respekt og å bli sett som eit individ framfor ei diagnose. Dette kan omsetjast til autonomi og brukarmedverknad som rettar pasientar har, og sjukepleiaren sitt ansvar for å respektere og sjå kvar pasient som unike individ. Vidare har sjukepleiar sine handlingar og personlege eigenskapar innverknad på den terapeutiske relasjonen, der mellom anna genuinitet, omsorg og gode kommunikasjons-eigenskapar er verdsett. Det er også særleg positivt at sjukepleiar er kunnskapsrik og kan bidra med innsikt i situasjonen til pasienten. Tilgjengelegheit og kontinuitet er nødvendig for å i det heile tatt kunne danne den terapeutiske relasjonen. Like nødvendig er det siste temaet: å finne løysingar og fremje håp hjå pasienten. Ein sjukepleiar kan vere imøtekomande og omsorgsfull, men om ein ikkje kan hjelpe pasienten med det dei strevar med, vil dette vere særleg negativt for den terapeutiske relasjonen.

Resultata visar at det er mangfaldige faktorar over fleire område som er viktige for pasientar under behandling i den psykiske helsetenesta. Dette gir sjukepleiarar mange moglegheiter til å styrke alliansen og utvikle eit betre samarbeid med pasienten. Oppgåva gir eit grundig innblikk i desse områda, og kan vere til hjelp for sjukepleiarar for utvikling av ei god sjukepleiarrolle ovanfor denne pasientgruppa, men også i møte med pasientar i helsevesenet generelt, då verdiar som likeverd, respekt, gode sjukepleiar-eigenskapar og løysingsorientert sjukepleie kan overførast til mange pasientgrupper. Framtidig forskning som kan undersøke norske forhold rundt temaet vil kunne gi innblikk i kva som er viktige faktorar for pasientar her i Noreg, og om desse samsvarar med resultat frå andre vestlige land.

Referansar

- Adams, L. Y. (2017). Peplau's Contributions to Psychiatric and Nursing Knowledge. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 1(1), 10–18.
<https://doi.org/10.22374/jmhan.v1i1.3>
- Bedi, R. P., & Duff, C. T. (2014). Client as expert: A Delphi poll of clients' subjective experience of therapeutic alliance formation variables. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.857295>
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: å skape rom for hverandre* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 5.
- Folkehelseinstituttet. (28. januar 2019). Henta frå <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Folkehelseinstituttet. (14. mai 2018). Psykiske lidelser hos voksne. Henta frå <http://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Folkehelseinstituttet. Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (januar 2018). *Psykisk helse i Norge*. Henta frå https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers, T., & Patterson, S. (2014). What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 101–109. <https://doi.org/10.1111/inm.12027>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Henta frå
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2017, 17. oktober). Brukermedvirkning. Henta frå
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (s. 148). Henta frå
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet. (1. mars 2019a). Tvunget psykisk helsevern med døgnopphold. Henta frå <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/028e6f20-6846-46df-9f3b-7cf1e2c011d8?e=false&vo=viewonly>
- Helsedirektoratet. (1. mars 2019b). Behandling uten eget samtykke i psykisk helsevern. Henta frå <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/d92a8047-12a6-4a2a-b896-8209c3f3f0ee?e=false&vo=viewonly>
- Helsedirektoratet. (1. mars 2019c). Tvang i psykisk helsevern. Henta frå
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/tvang/tvang-i-psykisk-helsevern#dom-p%C3%A5-overf%C3%B8ring-til-tvungent-psykisk-helsevern>

- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 339–346.
<https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x>
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.), *Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk, s. 89-138.
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 471–495.
<https://doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5>
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 25(3), 267–277.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101427>
- Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- NAV (17. mars 2017). Psykiske lidelser er vanligste årsak til uføretrygd. Henta frå
<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Nyheter/psykiske-lidelser-er-vanligste-%C3%A5rsak-til-uf%C3%B8retrygd>

- NSD - Norsk senter for forskningsdata (2018). Publiseringskanaler. Henta frå <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasient- og brukerreteighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerreteigheter (LOV-1999-07-02-63). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Røssberg, J. I. (2008). Relasjonen mellom pasienter og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsresultat? I G.-R. B. Thorsen (Red.), *Oss imellom: om relasjonenes betydning for mental helse* (2. utg.). Stavanger: Hertervig akademisk.
- Shattell, M. M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). Take my hand, help me out: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274–284. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x>
- Stegink, E. E., van der Voort, T. Y. G. (Nienke), van der Hooft, T., Kupka, R. W., Goossens, P. J. J., Beekman, A. T. F., & van Meijel, B. (2015). The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and the Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode From the Patients' Perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 290–296. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.005>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Unhjem, J. V., Vatne, S., & Hem, M. H. (2018). Transforming nurse–patient relationships - A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 798–807. <https://doi.org/10.1111/jocn.14191>
- World Health Organization. (2011). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om->

mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*(2), 181–189. <https://doi.org/10.1111/inm.12121>

Øverland, S., Knudsen, A. K., & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 48*(8), 739–744.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkeshistorikk

Vedlegg 2: Litteraturmatriser

Vedlegg 1 - Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antal treff	Leste abstract	Leste artiklar	Inkludert artikkel
«nursing» AND «therapeutic alliance»	9/11-18	Cinahl COMPLETE	83	11	5	- Johansson & Eklund (2003) - Bedi & Duff (2014)
«nursing» AND «working alliance»	9/11-18	Cinahl COMPLETE	64	3	1	
«nursing» AND «therapeutic alliance»	9/11-18	Psychology and Behavioral Sciences Collection	24	2	1	
«nursing» AND «working alliance or therapeutic alliance or helping alliance»	9/11-18	Psychology and Behavioral Sciences Collection	29	4	2	
«nursing» AND «therapeutic alliance», begge expandable	25/11-18	PsycINFO	14	3	1	
«nurse» AND «therapeutic alliance»	27/11-18	Medline	9	0	0	
«nurse» AND «alliance» AND «patient»	27/11-18	PsycINFO	43	6	3	- Shatell mfl. (2007) - Stegink mfl. (2015)
«alliance» AND «mental illness»	30/11-18	Psychology and Behavioral Sciences Collection	165	7	1	- Ljungberg mfl. (2016)
«alliance» AND «nurse» AND «mental illness»	3/12-18	Cinahl COMPLETE	102	3	0	
«alliance» AND «nurse» AND «mental illness»	3/12-18	Psychology and Behavioral Sciences Collection	485	4	1	- Ljungberg mfl. (2015)
«alliance» AND «nurse» AND «mental illness»	3/12-18	Medline	3	0	0	
«alliance» AND «nurse» AND «mental illness»	3/12-18	PsycINFO	9	1	0	
«nurse-patient relations» AND «mental disorders+»	4/12-18	Cinahl COMPLETE	89	2	0	
«nurse-patient relationship» AND «mental illness»	4/12-18	Cinahl COMPLETE	144	11	3	- Gunasekara mfl. (2014) - Wyder mfl. (2015)
«nurse-patient relations» AND «mental illness»	4/12-18	Psychology and Behavioral Sciences Collection	25	3	0	
«nurse-patient relationship» AND «mental illness»	4/12-18	Psychology and Behavioral Sciences Collection	26	0	0	
«nurse-patient relations» AND «mental illness»	4/12-18	PsycINFO	2	0	0	
«nurse-patient relationship» AND «mental illness»	4/12-18	PsycINFO	14	2	0	
«nurse-patient relationship» AND «mental illness»	4/12-18	Medline	10	3	0	

Vedlegg 2 – Litteratormatrise 1

Referanse	Studia si hensikt/mål	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Shatell, M. M., Starr, S. S. & Thomas, S. P. (2007). 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship.</p> <p><i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 16, 274-284.</p> <p>https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x</p>	<p>Bakgrunn: Den terapeutiske alliansen er sentral i psykisk helsearbeid, men trass dette veit ein ikkje så mykje om kva mottakarar av den psykiske helsetenesta tykkjer sjølve er terapeutisk.</p> <p>Hensikt/mål: Spørsmålet er kva mottakarar av psykisk helsehjelp tykkjer er terapeutisk ved den terapeutiske alliansen, og difor kunne gi svar på kva perspektivet til mottakaren er på denne relasjonen. Dette vil kunne hjelpe i arbeidet for å utvikle gode intervensjonar og framgangsmåtar i psykisk helsearbeid.</p>	nurse-patient relationship, phenomenology, qualitative methods, therapeutic relationship	<p>Utval: 20 vaksne personar i USA med mentale lidningar som hadde opplevd forståing hjå helsepersonell. Ulik utdanningsbakgrunn og tal på innleggingar, der fleirtalet aldri hadde blitt innlagt og i staden blitt behandla kommunalt av sjukepleiar eller på studentrådgiving. Depresjon og bipolar lidning var den hyppigaste diagnosa, men angst og schizofreni var også vanleg, anten aleine eller som tilleggsdiagnose.</p> <p>Datainnsamling: Kvalitative intervju gjennomført med personar med psykiske lidningar i ei større studie om erfaringar rundt det å bli forstått. Denne studia brukte ei fenomenologisk tilnærming, altså ei subjektiv oppleving av situasjonen.</p> <p>Metode: Denne studia var ei sekundæranalyse av dei tidlegare nemnde intervju. Dette vart gjort gjennom reanalysering der ein såg etter erfaringar med den terapeutiske relasjonen med spørsmålet om kva som er terapeutisk ved den terapeutiske relasjonen. Ei systematisk analysemetode (ATLAS.ti 5.0) vart brukt. Funna vart kategorisert i tema og presentert for ei forskargruppe for å sjekke validiteten til temaa opp mot resultatata i undersøkinga.</p>	<p>Det vart identifisert tre store tema: <i>relater til meg, kjenn meg som person, og finn løysingar</i>. Under desse kom fleire eigenskapar og faktorar som var viktige for å oppnå ein god terapeutisk relasjon.</p> <p>- Relater til meg <i>Hovudpunkt: Få meg til å føle meg spesiell og at du forstår meg, ikkje ver redd for fysisk kontakt som ei hand eller ein klem, bruk sjølveksponering i bygginga av ein relasjon.</i> Helsearbeidaren er roleg og tålmodig. Aktiv lytting, at ein stiller spørsmål og reflekterer var bra, og opne spørsmål og at ein viser sympati og også kjensler.</p> <p>- Kjenn meg som person <i>Hovudpunkt: Ha forståing, bruk tid.</i> Ikkje behandle meg som ei diagnose, heller eit medmenneske. Vere genuin og vise reell omsorg. Kombinasjonen av å ha tid, forståing og kunnskap er nødvendig for å bli kjent og utvikle ein god relasjon.</p> <p>- Finn løysingar for meg <i>Hovudpunkt: Ferdigheit og kunnskap, vere ærleg.</i> Identifiser problema, finne bakgrunnen for dei og finne måtar å betre ting på. Vær ekte og ærleg, tørr å gi direkte tilbakemeldingar.</p>	<p>Intervjua gir eit oversiktleg og godt innblikk i det som er avgjerande i ein god terapeutisk relasjon som fører til betring og håp for personane som vart intervju. Den viser også kor mykje denne relasjonen har å seie, og kor sentral den er for kvaliteten i behandlinga, uansett om ein snakkar om psykisk helsehjelp eller medisinsk helsehjelp. Å sjå svart på kvitt kor mykje relasjonen har hatt å seie for personane – at den har gitt dei kjensla av å bety noko, at dei har fått håpet tilbake – bør vere ein god motivasjon for helsearbeidarar om at dei kan gjere ein stor forskjell berre ved å vere eit medmenneske og vise at ein bryr seg.</p>

Vedlegg 2 – Litteratormatrise 2

Referanse	Studia si hensikt/mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Johansson, H. & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care.</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 17, 339-346.</p> <p>https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x</p>	<p>Bakgrunn Det er dokumentert at kor nøgd ein er med hjelpa ein får er knytta til positive utfall etter psykiatrisk behandling. Men spørjeskjema - som ofte er brukt i denne forskinga - kan gå glipp av viktige moment, særleg dei faktorane som bidreg til misnøye.</p> <p>Hensikt/ mål Å finne ut kva det er som bidreg til tilfredsheit eller misnøye ved å gå i djupna gjennom intervju med pasientar og finne ut kva dei meiner er god psykiatrisk behandling og kva som er viktig for dei. Både innlagde pasientar og brukarar av psykiske helsetenester utanfor institusjon er intervjuar i to separate grupper.</p>	<p>Patient satisfaction, psychiatric care, helping alliance, working alliance, therapeutic alliance, therapeutic relationship, psychotherapy</p>	<p>Utval Heterogent utval, frå to forskjellige byar i Sverige, ei gruppe som var innlagd og ei som var behandla kommunalt. Dette for å sikre variasjon i behandling, diagnosar, og kontaktpersonar (f.eks. sjukepleiar eller terapeut). 7 vaksne frå kommunen og 9 frå institusjon.</p> <p>Datainnsamling Kvalitative, opne intervju som fokuserte på pasienten sine erfaringar frå den siste behandlinga dei hadde hatt. Samtale basert på tre sentrale tema: "Kva var den viktigaste erfaringa frå behandlinga", "kva har denne behandlinga betydd for deg og livet ditt", og "korleis tykkja du at personalet forstod dine psykiske problem". Intervjua varte rundt 2 timar, og fann stad enten heime hjå pasienten eller på institusjonen, alt ettersom situasjon og gruppe. Samtalane vart noterte under intervjuet, men ikkje tatt opp. Dette for å ta omsyn til aktuell sjukdom og pasientane sine ynskjer.</p> <p>Metode Data vart analysert separat for gruppene og fokuserte på gjeve svar. Data vart gjennomgått og omarbeidd av dei to forskarane og sentrale kategoriar vart kome fram til.</p>	<p>Begge grupper drog fram kvaliteten på relasjonen med kontaktpersonen, og det å bli forstått, som det mest sentrale området for kvalitet og tilfredsheit i psykiatrisk behandling.</p> <p>Resultat ikkje-innlagde pasientar Varme, empati, god tid og omsorg var positive faktorar, i tillegg til individuell behandling, felles forståing av problema og situasjonen, god kontakt/kjemi. Negative var å ikkje bli forstått, upersonlig relasjon og lite engasjement frå kontaktpersonen si side.</p> <p>Resultat innlagde pasientar Ikkje vere aleine, og ha nokon å snakke med. Å bli sett og relatert til. Ambivalens om nære relasjonar, ein ville være nærme, men var tryggare i distanse. Å bli forstått heilt, ikkje berre få dei vanlige "frasene". Respekt, meningsfullheit. I tillegg stabilitet og tryggleik i personalet. Ikkje for høge forventningar.</p> <p>Diskusjon Ambivalensen kjem nok av frykta for å bli avslått når ein gjer seg sårbar. Psykose kjem også inn i biletet her. Resultata gir eit klart bilete av kor viktig den terapeutiske alliansen er, og seier også kva i alliansen som pasientane tok fram som viktige eigenskapar hjå sjukepleiar/personalet. Det at personalet skal ta seg tid til å etablere tillit og la pasientane opne seg er eit nytt moment i forskning på dette området.</p>	<p>Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?</p> <p>Denne artikkelen gjev eit godt bilete av kva som er viktig for god tilfredsheit i psykiske helsetenester, og kva faktorar som er sentrale for ei god/dårlig terapeutisk allianse. I oppgåva mi er pasientperspektivet på kva som er viktig i alliansen heilt sentralt, og denne artikkelen gir gode svar på nettopp det. Vidare gir den viktige haldepunkt for korleis ein sjukepleiar gjerne bør vere i møtet med denne pasientgruppa, og kva eigenskapar ein god sjukepleiar i psykiatrien helst bør inneha og bruke i møtet med pasientar både på avdeling og ute i kommunehelsetenesta.</p>

Vedlegg 2 – Litteratormatrise 3

Referanse	Studia si hensikt/mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness.</p> <p><i>Psychiatric Quarterly</i>, 86(4), 471-495.</p> <p>https://doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5</p>	<p>Bakgrunn Den terapeutiske relasjonen er ein av dei viktigaste faktorane som forklarar suksessrike profesjonelle intervensjonar innan psykisk helsehjelp. Alvorleg psykisk sjuke får hjelp i svært mange ulike kontekstar og instansar, men i alle områda er gode relasjonar assosiert med positivt utfall. Men meir fokus på evidensbasert kunnskap i psykiatrien har gjort at ein kanskje har sett meir vekk ifrå all erfaringa ein har om viktigheita av den terapeutiske relasjonen.</p> <p>Hensikt Å sjå, gjennom perspektivet til alvorleg psykisk sjuke, kva komponentar som kjenneteiknar gode relasjonar med profesjonelle. Dei profesjonelle er alt frå sjukepleiarar til legar og psykologar.</p>	<p>Helpful relationships, alliance, severe mental illness, user's perspective, meta-ethnography, meta-synthesis.</p>	<p>Utval Kvalitative, engelskspråklige artiklar som tek utgangspunkt i pasienten sitt perspektiv. Frå 1990 og framover, vaksne deltakarar med eit fleirtal av diagnostisert alvorleg psykisk sjukdom (bipolar lidning, schizofreni o.l.). Studiane var gjort i ulike situasjonar, frå institusjon til kommunal oppfølging.</p> <p>Datainnsamling Søk vart gjort i mange ulike databaser, med ulike søkeord, mellom anna dei ulike termene for alliansen/relasjonen, mental helse/sjukdom, psykiatri osv. 5,587 treff, 142 vurderte og abstrakt lest, og til slutt satt ein igjen med 21.</p> <p>Metode Systematisk litteraturanalyse av kvalitativ forskning om positive faktorar som er viktige i ei terapeutisk allianse. Under analysen såg ein at studiane var ganske homogene, og at ein difor kunne samanlikne og lage tema utifrå dei samla. Meta-etnografi inneber først ei analyse, finn tema, så to tolkingar til, der ein ofte går tilbake til artiklane før ein har ferdigstilte tema for å sjekke temaa opp mot resultatata igjen. Dei enda opp med 10 hovudtema.</p>	<p>Resultat Dei ti temaa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Å kjenne og stole på 2. tid og tilgjengelegheit 3. kompetanse, autoritet mot andre organisasjonar/yrkesgrupper 4. stabil og støttande 5. nokon å snakke med og vere med; 6. godt samarbeid og delte avgjersler 7. stadfesting, respekt og aksept; 8. å bety noko for helsearbeidaren, empati, interesse 9. møtast som to menneske, halde kontakt 10. kjemi, individualitet hjå helsearbeidaren, å ha noko felles. Diskusjon Helsearbeidaren bør vere profesjonell, men ikkje distansert - ein kan gjerne vere nærare og møte pasienten på same nivå, som likemenn. Ein har ikkje ein fasit på korleis ein skal vere - nokon pasientar vil ha meir distanse enn andre. Det er positivt at helsearbeidaren kan hjelpe til og bruke ressursane sine for pasienten, men ikkje misbruke maktrelasjonen. Helsearbeidaren bør tilpasse seg pasienten og finne fram til ein god relasjon.</p>	<p>Ljungberg et al. publiserte to artiklar i 2015 – denne, om dei positive eigenskapane i den terapeutiske relasjonen, og ein annan eg har inkludert, som tek for seg dei negative faktorane som motarbeider opprettinga av ein god terapeutisk relasjon. Saman dannar dei eit godt bilete av forskinga på området frå pasientane/brukarane sitt perspektiv, og er difor sentrale i oppgåva mi for å få eit heilskapleg bilete av forskinga på området, og dei eigenskapane som er viktige for ein god terapeutisk relasjon.</p>

Vedlegg 2 – Litteratormatrise 4

Referanse	Studia si hensikt/mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Bedi, R. P. & Duff, C. T. (2014). Client as expert: A Delphi poll of clients' subjective experience of therapeutic alliance formation variables.</p> <p><i>Counselling Psychology Quarterly</i>, 27(1), 1-18.</p> <p>https://doi.org/10.1080/09515070.2013.857295</p>	<p>Bakgrunn Forskning har blitt gjort på alliansebygging basert på kva forskarane sjølve tykkjer er viktige faktorar for mottakarane av psykiske helsetenester. Difor veit vi lite om kva mottakarane sjølve tykkjer er viktige faktorar uavhengig av perspektivet til forskarar og behandlarar/personale. Dette er særleg uheldig då mottakar/pasient og behandlar sine syn på alliansen kan vere svært forskjellige.</p> <p>Hensikt Å sjå på kva som er viktige faktorar for å danne ei god allianse, og kor viktige kvar faktor er, noko tidlegare forskning ikkje har gjort ein skilnad på.</p>	<p>Clients' subjective experience , client's perspective, Delphi method, therapeutic alliance, working alliance</p>	<p>Utval 36 deltok gjennom heile løpet, alle frå ein by i Canada. Dei tok sjølve kontakt etter å ha sett brosjyrar for undersøkinga på ulike kontor for psykisk helse i byen. Alle var vaksne, og alle måtte ha hatt terapi for maks 3 mnd sidan.</p> <p>Datainnsamling Spørjeskjema basert på 74 faktorar tidlegare identifisert i ei anna studie, der dei først svarte på om dei hadde opplevd den faktoren, og så kor hjelpsam denne var for etablering av ei allianse. Så fekk dei spørjeskjemaet tilsendt igjen, her med sitt tidlegare svar og andre sitt svar, og skulle skrive svaret sitt igjen (etter Delphi-metoden). Tanken i Delphi-metoden er at ein modererer kvarandre og saman finn fram til det "rette" svaret. Alle gjorde undersøkinga i person først, før det vart gjort over e-mail, brev eller telefon seinare. Om dei endra svaret, skulle dei forklare kort kvifor. Dette vart gjentatt ein tredje gong.</p> <p>Metode Ein fann fram til gjennomsnittet og kategoriserte viktigheitsgrada. Frå 4-6 var viktig, 3-4 middels viktig, og under 2 var ikkje viktig. Einigheitsgrada var sterkest etter tredje runde (41% sterk, middels 26%), middels etter andre runde (33% sterk, 43% middels). 10 kategoriar vart identifiserte.</p>	<p>Resultat Grada av allianse for siste terapeut var 7.7/10. Validering (4.04) og ærlegdom (4) var dei kategorifaktorane med høgast score. I tillegg kom spørsmål om andre ting enn sjukdomen, normalisering og augekontakt. Ingen av kategoriane vart identifiserte som ikkje relevante. Kroppsspråk, god rettleiing, utdanning, ikkje-verbale rørsler, emosjonell støtte og omsorg hadde middels signifikans. Mottakar sitt eige ansvar og <i>settingen</i> var det minst viktige, mens administrering av terapitimen, tilvising og anbefalt materiale var litt ovanfor det igjen i signifikans.</p> <p>Diskusjon Det er fortsatt mange ulike svar på kva som er viktig for kvar person, men 23 faktorar vart identifiserte som særleg viktig for mange (humor, engasjert lytting/kroppsspråk f.eks.). Der var også faktorar som mange tykkja var veldig viktig, men som ikkje fekk ein høg score i gjennomsnittet (kvinneleg terapeut f.eks.). Det er også tydeleg at pasientane ser på oppførsel til terapeut som særleg viktig, ikkje kva dei sjølve gjer eller eigenskapar/karakteristikkar hjå terapeuten. I ei så heterogen gruppe var svara naturleg nok varierende, men forskarane var veldig nøgde med å identifisere særleg to klare faktorar som var viktige for dei aller fleste (2/3-delar).</p>	<p>Undersøkinga viser at validering og ærlegdom er særleg viktig i snitt for desse deltakarane. Støtte og omsorg, for eksempel, hadde berre middels grad av viktigheit. Dette er eit interessant moment, og kan indikere at å gi omsorg ikkje er like viktig som det å ta pasienten seriøst, respektere korleis dei har det og kjenner det, og det å vere ærleg. Sjukepleiarar har ein tendens til å tenke omsorg først, men dette er ikkje nødvendigvis det ein pasient treng mest.</p>

Vedlegg 2 – Litteratormatrise 5

Referanse	Studia si hensikt/mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness.</p> <p><i>Journal of Mental Health</i>, 25(3), 1-11.</p> <p>https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101427</p>	<p>Bakgrunn: Kvaliteten på relasjonane til profesjonelle i psykisk helsehjelp har vist seg å vere veldig viktig for utfall og betring, og der finst mange studiar no på kva som er viktige faktorar for gode relasjonar. Men eit viktig bidrag til det som er positive faktorar, er kva som er negative faktorar - altså det som ikkje bidreg til ein god relasjon. Negative relasjonar påverkar betring negativt, og kan vere ei barriere mot betring.</p> <p>Hensikt: Å samle forskinga på området som tek for seg karakteristikkane for ikkje-hjelpsame relasjonar slik at ein kan vite kva ein ikkje bør gjere i møtet med personar med psykisk sjukdom. Alle artiklane som vert brukt er kvalitative.</p>	<p>Alliance, non-helpful relationships, review, severe mental illness, views/attitudes of consumers</p>	<p>Utval: Fleirtalet av artiklane var med vaksne personar med alvorleg psykisk sjukdom (schizofreni, psykose, personlegdomsførstyring, bipolar liding og alvorleg depresjon).</p> <p>Datainnsamling: Ein søkte i mange relevante databasar (Cinahl, PsycINFO o.l.) for relevante artiklar, alle kvalitative, på engelsk, og i fagfelleurderte tidsskrift publiserte etter 1990. Alle skulle ta for seg ikkje-hjelpsame relasjonar med profesjonelle, frå perspektivet til deltakarane. Til slutt satt ein igjen med 17 studiar frå vestlige land.</p> <p>Metode: Litteraturanalyse av kvalitative intervju. Ein las først grundig igjennom alle artiklane der ein såg etter felles tema og noterte refleksjonar undervegs. Kategoriserte temaa før dei vart diskutert og analysert i forskingsgruppa. Vidare kategorisering i tre sentrale overhengande tema.</p>	<p>Ikkje-hjelpsame profesjonelle - Alle profesjonar var involverte i ikkje-hjelpsam oppførsel og haldningar, men psykiatrar stod særleg negativt ut. - Negative faktorar var at dei profesjonelle ikkje hadde sjekka korleis dei hadde det når det var særleg vanskeleg, lite interesse, likegyldigheit, ikkje engasjert i situasjonen deira, distanse, ikkje forstod, føredømming, lite sympati, pessimisme, irritabilitet eller sinne. Mangel på ekte interesse og genuinitet. - Profesjonelle som gjekk på "autopilot", ikkje tilpassa seg situasjonen og personen. Også dei som berre tenkte på reglar og retningslinjer og ikkje pasienten sine behov. Paternalistisk og respektlaus oppførsel, overkjøring. Såg berre diagnosa og stereotypiar. Behandla dei som dumme.</p> <p>Organisering vs relasjon - Nye relasjonar heile tida der ein må fortelle smertefulle ting igjen og igjen. - For lite tid, stressa oppførsel, ikkje prioritert. Ikkje få nok informasjon. Mangel på gode relasjonar i institusjonen og dårleg behandling her. Misbruk av tvang og truslar om tvang.</p> <p>Konsekvensane av ikkje-hjelpsame relasjonar med dei profesjonelle - Dårleg betring, mistillit til profesjonelle, ikkje ta medisin, aggressiv oppførsel, negative kjensler om seg sjølv, verdilause, håplause om framtida.</p>	<p>For å finne fram til gode eigenskapar for sjukepleiarar å inneha for å bygge gode alliansar med pasientar i psykisk helsevern, er det relevant å sjå på kva negative eigenskapar og faktorar ein skal unngå eller førebyggje for. Artikkelen blir dermed tatt med som ei motvekt til positive eigenskapar, som ei kontrast og eksemplar på korleis det ikkje bør vere. Ikkje minst kva konsekvensar dette har for pasientane som då går glipp av ei god allianse, og i tillegg får moglege tilleggs-konsekvensar av å bli behandla respektlaust og dårleg av profesjonelle i helsevesenet.</p>

Vedlegg 2 – Litteratormatrise 6

Referanse	Studia si hensikt/mål	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Stegink, E. E., van der Voort, T. Y. G. N., van der Hoof, T., Kupka, R. W., Goossens, P. J. J., Beekman, A. T. F. & Meijel, B. V. (2015). The working alliance between patients with bipolar disorder and the nurse: helpful and obstructive elements during a depressive episode from the patients' perspective.</p> <p><i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 29(5), 290-296.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.005</p>	<p>Bakgrunn: Eit program (collaborative care program, CC) vart utvikla for pasientar med bipolar lidning (BL), som hadde høg fokus på nettopp kvaliteten på den terapeutiske relasjonen. Programmet vart forska på individuelt, og funne til å redusere alvorlighetsgraden på depresjon og tida med depressive symptom. Sjukepleiaren er sentral i programmet og i danninga av denne relasjonen. Ei god allianse er assosiert med mindre depresjonsvarigheit, suicidalitet og betre <i>compliance</i> på medisiner.</p> <p>Hensikt: Der er likevel ikkje nok forsking på kva faktorar i alliansen som personar med BL ser på som hjelpsame eller hindrande. Derfor ville forskarane finne ut kvaliteten på og påverknaden av relasjonen for denne pasientgruppa, spesifikt på kva faktorar i alliansen som påverkar betring i ei depressiv periode negativt eller positivt.</p>	Ingen nøkkelord er lista opp i artikkelen.	<p>Utval: Hovudstudia av CC-programmet var ei randomisert kontrollert studie av 7 ulike team (og deira pasientar) i kommunale psykiske helsetenestar. Frå denne studia vart det inkludert 14 personar med BL (6 team), 18-65 år, moderat til alvorleg depressiv periode, som sa ja til å vere med og skreiv under samtykke. Etisk komité godkjente studia. Studia er basert i Nederland.</p> <p>Datainnsamling: Semistrukturerte, kvalitative intervju på rundt ein time, der ein hadde ei temaliste ein gjekk utifrå. Depresjonsscore, sjukdomskaraktistikkar, og om depresjonen. Så tema om alliansen, der ein brukte ein skala som måler <i>mål, oppgåver, relasjonsband</i>, og element frå CC-programmet som <i>samarbeidet med sjukepleiar</i>. Temaa vart tilpassa etterkvart.</p> <p>Metode: Intervjua vart tatt opp, transkribert og så analysert ved hjelp av Nvivo10, eit kvalitativt tekstanalyseprogram. Under intervjuet fekk deltakarane sjekke om informasjonen samla var rett. Ein hadde ein induktiv framgangsmåte der ein samanlikna data konstant og utvikla kategoriar utifrå dette. Ein fann ein hovudkategori og fleire underkategoriar. Tre intervju vart analyserte separat av andre forskarar. Fagfellevurdering av prosessen.</p>	<p>- Eit trygt og støttande miljø, som betydde å vere der når ein trengte det, kontinuitet i samtale (sj.pl. huskar ting frå tidlegare samtalar), empati, kjenne pasienten utover sjukdomen, likeverd, tillit begge vegar.</p> <p>- Forstå tankar og kjensler, der sjukepleiar hjelper pasienten å forstå. Sjå ting i anna lys, vise kva som er depresjonen som talar. Motivering og empowerment.</p> <p>- Støtte pasienten til å vere aktiv og fortsette med fysisk aktivitet. Ta del i ting. Samarbeid om å finne aktivitetar og kome seg ut.</p> <p>Diskusjon: Sjukepleiaren tek på seg ei omsorgsrolle som er fordomsfri, til å stole på og empatisk. CC-programmet understrekar viktigeita av godt samarbeid og ein god relasjon med sjukepleiar, der ein tilpassar behandling, er tilgjengeleg og ser på løysingar. Ein må likevel hugse på at nokon av pasientane ikkje sa ifrå om at relasjonen ikkje var optimal, eller at dei unngjekk alvorlege tema. 90% var likevel nøgde med alliansen.</p>	<p>Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?</p> <p>Artikkelen supplerer dei andre i kva det er personar med alvorleg psykisk sjukdom set pris på i den terapeutiske relasjonen, og kva som er positive faktorar som styrkar relasjonen og gjer at den opplevast nyttig for pasienten. Bipolar lidning er ein av dei vanlegaste alvorlege lidningane ein møter på i den psykiske helsetenesta, og det er veldig relevant å sjå om denne pasientgruppa har liknande opplevingar av den terapeutiske alliansen som funna i studiar som ser på mange ulike diagnoser samtidig.</p>

Vedlegg 2 – Litteratormatrise 7

Referanse	Studia si hensikt/mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers, T. & Patterson, S. (2014). What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use.</p> <p><i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 23, 101-109.</p> <p>https://doi.org/10.1111/inm.12027</p>	<p>Bakgrunn: Personar som nyttar seg av psykiske helsetenester har viktige bidrag å kome med i utviklinga av tenesta, men har ofte ikkje hatt moglegheita til å bli høyrte i kva dei tenker om behandling og kva som fører til betring.</p> <p>Hensikt: Å sjå på både kva brukarar og primærparørande ynskjer frå sjukepleiarar i den psykiske helsetenesta, og i tillegg beskrive korleis arbeidet er for sjukepleiarar innan sektoren. Studia er basert i Brisbane (Australia), og vart satt igang då ein såg varierende erfaringar rundt behandling i forslag-boksar på institusjonane i området. Ein pasientrepresentant tok på seg å finne ut kva pasientane tykkja karakteriserte ei dyktig sjukepleiar innanfor psykisk helse.</p>	<p>Mental health nursing, patients' experiences, quality improvement, recovery, user involvement</p>	<p>Utval: Pasientar innlagt på psykiatrisk institusjon og nokre pasientfølgjesveinar (20 stk. totalt), pårøranderrepresentantar og brukarrepresentantar (6 stk. totalt), og sjukepleiarar (6 stk.) innan psykisk helse. Alle rekrutterte på grunnlag av erfaringa frå og kunnskapen dei hadde om temaet, i Australia.</p> <p>Datainnsamling: Gjennom kvalitative intervju. Pasientar (og brukarrepresentantar) vart intervjuar først, og når desse intervjuar var analysert vart sjukepleiarane invitert til å kome med innspel. Intervjuar varte for det meste 8-10 minutt, nokre på institusjonen, nokre over telefon og på kontor.</p> <p>Metode: Data frå intervjuar vart analysert av fleire involverte, og samanlikna med kvarandre for å identifisere liknande punkt, der nokre tema vart identifiserte. I arbeidet med dette var pårørandeorganisasjonen involvert, og kom fram til at også pårørandeperspektivet burde inkluderas. Sjukepleiarar vart så vist ein presentasjon av funna, ga innspel, før all data vart vidare analysert med hjelp frå ein forskar innan helsefaget.</p>	<p>Alle vart einige om at personlege eigenskapar, mellommenneskelege ferdigheiter, profesjonelle ressursar og miljøfaktorar påverkar kvaliteten på omsorga og behandlinga sjukepleiarar gir.</p> <p>Pasientane ville oppleve genuin omsorg og sympati, respekt gjennom handlingar og behandling, nysgjerrigheit rundt pasientane si livshistorie og erfaringar, bli behandla holistisk. At sjukepleiarane tek seg tida til å lære pasientane sine håp, mål, styrker, ambisjonar og gjere sitt beste for å motivere pasientane til å nå desse måla og for betring. Sjukepleiarane bør introdusere seg ved starten på vakta og ta seg tida til samtalar i løpet av vakta. Snakke respektfullt om pasienten og ta omsyn til privatliv når ein diskuterer ein pasient. Ærleg kommunikasjon, der ein førebur pasienten på aktivitetar, fortel om det som angår pasienten osv. er viktig. Oppmerksame og følsame på behov og humør til pasienten.</p> <p>Pårørande vil gjerne bli høyrte, behandla med respekt og omtanke. Sjukepleiarane var einige i ynskja til pasientane, og understreka at det å vere klare på rettane og ansvaret (f.eks. følge reglar og rutinar) til pasientane er nødvendig for ein god terapeutisk relasjon.</p>	<p>Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?</p> <p>Artikkelen nyttar seg av ulike perspektiv, men synet til pasientane står sentralt. Artikkelen støttar opp om resten av forskingsgrunnlaget, og underbygg difor dei sentrale momenta som pasientar ser på som viktige for ein god terapeutisk relasjon. Denne artikkelen gir også eit par haldepunkt frå sjukepleiarane sitt perspektiv, og viser at sjukepleiarane her var einige med pasientane.</p>

Vedlegg 2 – Litteratormatrise 8

Referanse	Studia si hensikt/mål	Nøkkelord /Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward.</p> <p><i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 24, 181-189.</p> <p>https://doi.org/10.1111/inm.12121</p>	<p>Bakgrunn: Den terapeutiske relasjonen er svært sentral, men også kompleks. Dette kjem særleg til syne med pasientar som er tvangsinnlagd på psykiatrisk institusjon - men her er ein god relasjon særleg viktig. Det er ikkje forska nok på korleis dei tvangsinnlagde sjølv oppfattar relasjonen med personalet.</p> <p>Hensikt: Å dokumentere erfaringane til personar innlagd på tvang på ein psykiatrisk institusjon, slik at ein forhåpentlegvis kan få meir kunnskap om kva tvangsinnlagde ynskjer i slike kritiske situasjonar, og vidare bruke denne erfaringa i etableringa av gode terapeutiske relasjonar på trass av tvangsvedtak.</p>	<p>Involuntary treatment order, recovery-oriented care, therapeutic relationship</p>	<p>Utval: 25 pasientar i Australia som nærma seg utskriving etter tvangsinnlegging og som sa ja til å vere med på intervju om temaet. Ca halvparten kvinner og menn, gjennomsnitt på 36 år. 4 stk. var innlagd for første gong, 14 for første gong på tvang. Stor variasjon i diagnosar, frå bipolar lidning, schizofreni og angst. 6 tykkja at dei ikkje burde vere innlagd. Ved innlegging var dei fleste redde, forvirra og fortvila.</p> <p>Datainnnsamling: Semistrukturert intervju, med tema rundt det å bli innlagd på tvang, kva som førte til det, erfaringar frå avdelinga og relasjonen deira til personalet. 13 intervju vart tatt opp, mens alt vart notert på dei intervjua deltakarane ikkje ville bli tatt opp på lyd. 20 min-2 timar lange intervju. I intervju tok ein pasientane si side i deira opplevingar, ikkje ei kritisk haldning men heller ei støttande og lyttande.</p> <p>Metode: Analysert i tre steg. Først vart alle optaka transkribert og gjort om til samandrag og data vart strukturert inn i overhengande tema, som vart lasta opp i eit program. Temaa vart så vidare utvikla til nøkkeltema, før funna vart sett på igjen og vidare bearbeida.</p>	<p>10 pasientar tykkja at tvangsinnlegginga hadde vore bra for dei, 12 tykkja det var eit brot på fridomen deira, 3 var litt meir delt. Det var viktig for dei å likevel ha kjensla av makt over seg sjølv og personleg kontroll på trass av tvangsvedtaket. Det viktigaste for erfaringa var oppførselen til dei ansatte. For ein deltakar hadde innlegginga vore dramatisk, men opphaldet hadde blitt positivt då ho fekk nære band til to av sjukepleiarane der.</p> <p>Fleire eigenskapar og kvalitetar vart tatt fram som positive i personalet. Omsorgsfull, god humor, skape litt moro på avdelinga, hjelpsam, glad og genuint god. Det var særleg viktig å kunne lytte og hjelpe pasientane å lage meining av erfaringane deira. Det å ha god kjemi er positivt. At ein tek seg tida. God informasjon om tvangstiltak og avdelingsreglar. At ein såg forbi diagnosa, og samarbeida godt.</p> <p>Resultata viser at relasjonar er veldig viktige under tvang, og at pasientar med tvangsvedtak ser etter dei same eigenskapane hjå sjukepleiarar som deltakarar som frivillig får psykisk helsehjelp.</p>	<p>Artikkelen handlar spesifikt om tvangsinnlagde, men det er ei sentral gruppe i psykiatrisk behandling, og det er difor veldig relevant for problemstillinga å undersøke kva som er viktig for denne pasientgruppa i danninga av ein terapeutisk relasjon. Artikkelen viser at relasjonen er minst like viktig - om ikkje meir viktig - under tvangsinnlegging, men også meir utfordrande for sjukepleiarar å opprette og balansere med andre tiltak (som tvangsvedtak). Den viser også at eigenskapane dei ser etter og set pris på er i tråd med dei andre funna i dei øvrige artiklane i oppgåva, og difor understrekar at artikkelen også generelt er relevant, jamvel om den handlar konkret om tvangsinnlagde pasientar.</p>

