

DEN TERAPEUTISKE RELASJONEN MELLOM VERNEPLEIER OG MENNESKER MED SCHIZOFRENI

Eva K. Hammer Juni 2021

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract.....	2
1.0 INNLEDNING	3
1.1 Begrunnelse og introduksjon av tema	3
1.2 Førforståelse	4
1.3 Problemstilling og avgrensninger.....	4
1.4 Begrepsavklaringer	5
2.0 TEORI	6
2.1 Diagnosen schizofreni.....	6
2.2 Relasjon – objekt versus subjekt	6
2.3 Fireperspektivmodellen	7
2.4 Den skjeve maktbalansen i en terapeutisk relasjon.....	7
2.5 Empati og empatisk svikt i møte med mennesker med schizofreni.....	8
2.6 Relasjon innenfor en vernepleierfaglig kontekst	9
3.0 METODE	10
3.1 Litteraturstudie.....	10
3.2 Søkestrategi	10
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
3.4 Søkematrise.....	11
3.5. Litteraturmatrise.....	14
3.6 Evaluering av søk og valgte artikler.....	20
3.7 Analysestrategi.....	21
4.0 RESULTAT	23
4.1 Funn 1: Se mennesket bak diagnosen.....	23
4.2 Funn 2: Genuin interesse og omsorg.	24
4.3 Funn 3: Legge til rette for selvbestemmelse	24
5.0 DISKUSJON	26
6.0 KONKLUSJON	29
7.0 LITTERATURLISTE	30

Sammendrag

Selv om det finnes omfattende forskning på terapeutisk relasjon mellom psykoterapeuter og mennesker med schizofreni, finnes det lite forskning med tanke på andre yrkesgrupper, mer spesifikt vernepleiere. Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske hvordan tjenesteyter med hovedvekt på vernepleieren kan legge til rette for en terapeutisk relasjon for mennesker med schizofreni. Studien er organisert etter IMRoD og tar for seg fem eksisterende forskningsartikler og diskuterer disse ut ifra teori om relasjonsbygging, vernepleiefaget og utfordringer knytte til schizofrenidiagnosen. Resultatene fra forskningen viser at en vernepleier kan legge til rette for en terapeutisk relasjon for mennesker med schizofreni ved å se mennesket bak diagnosen, møte vedkommende med genuin interesse og omsorg og legge til rette for selvbestemmelse. Diskusjonsdelen viser at dette vil kreve en evne til å være bevisst og reflektere over egne følelsesmessige reaksjoner.

Abstract

Although there is extensive research on the therapeutic relationship between psychotherapists and people with schizophrenia, there is little research with regard to other professions, such as healthcare providers (In norwegian: vernepleier). The aim of this study is to explore how the provider, with main emphasis on the profession of vernepleie can accommodate a therapeutic relationship for people suffering with schizophrenia. This study is organised according to the principals of IMRoD and addresses five research articles. Furthermore, this study discusses these articles based on knowledge of relationship building, the profession of vernepleie and challenges related to schizophrenia. The results show that a healthcare provider can accommodate a therapeutic relationship for people with schizophrenia by recognising the person behind the diagnoses, meeting the person with authentic interest and care and accommodate empowerment. This will require an awareness of and an ability to work with one's own emotional reactions.

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse og introduksjon av tema

Med rundt 1 % som blir rammet av schizofreni i løpet av livet og rundt 0,3 % som til enhver tid er syk, er schizofreni den vanligste formen for psykotiske tilstander (Engedal & Engelstad Snoek, 2017, s. 81 & s. 82). Videre er schizofreni en alvorlig sykdom med stor fare for et langvarig forløp med flere tilbakefall og med betydelig risiko for selvmord (Engedal & Engelstad Snoek, 2017, s. 85 & s. 87). Det finnes heller ingen virkelig effektiv behandling, bare en samling av flere symptomdempende og psykososialt støttende tiltak (Møller, 2018, s. 26). Her er det nødvendig å utforske nye tilnærminger som vil bidra til tilfriskning og økt livskvalitet. Helse- og omsorgstjenesteloven slår nettopp fast at den enkelte bruker skal tilbys forsvarlig helsehjelp som blant annet inkluderer «et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud» og «et verdig tjenestetilbud» (2011, §4-1a; §4-1b).

I dag er New Public Management den rådende styringsfilosofien. Her er hensikten å effektivisere og modernisere helsesektoren slik at man kan redusere kostnader. Forenklet betyr dette at behandlingstilbud som gir synlige gode resultater vil få mer pengebevilgninger, mens behandlingstilbud som ikke gir synlige resultater får mindre økonomisk støtte (Ingstad, 2019, s. 105). Når det gjelder langvarige alvorlige vansker vil det ikke være tilstrekkelig å ha et kostnads- og effektiviseringsfokus. Her er man er nødt til å tenke mer helhetlig, legge fokuset på flere aspekter av personens liv, slik som samspill mellom mennesker (Lauveng i i Oterholt & Haugen, 2015, s. 69). Denne studien vil i kontrast til New Public Management fremme viktigheten av langvarige og stabile relasjoner.

Et av kjennetegnene ved schizofreni er skremmende tanker og en tendens til å isolere seg fra andre og fra verden rundt en. Det å være uten mellommenneskelige relasjoner vil på flere måter vil livstruende. Menneskets personlighet og hjerne utvikler seg i kraft av det sosiale samspillet med andre mennesker og mangel på denne utviklingen vil utgjøre en alvorlig trussel mot personens integritet (Schacht-Magnussen, 2015, s. 57). Med bakgrunn i dette vil en relasjon mellom tjenesteyter og menneske med schizofreni være avgjørende. Ifølge Gilbert og Haugsgjerd er en stabil og langvarig relasjon mellom tjenesteyter og bruker helt nødvendig for å oppnå

tilfriskning. En slik kontakt kan stimulere til et ønske om å ha kontakt og felleskap med andre, både i følelser og tanker (2015, s. 21).

Tidligere forskning sier at relasjon mellom tjenesteyter og bruker i behandling av psykiske plager ofte er viktigere en de spesifikke metodene og teknikkene som blir brukt (Hanssen & Røkenes 2012, s. 19). I psykoterapifeltet er det flere undersøkelser som viser at psykoterapeutens væremåte er viktig for et positivt resultat. Viktige kvaliteter ved psykoterapeuten så ut til å være evne til innlevelse og empati (Hanssen & Røkenes, 2012, s. 20). Relasjonen mellom bruker og andre yrkesgrupper slik som eksempelvis sykepleiere er derimot ikke i nærheten så godt forsket på (Harris & Panozzo, 2018, s. 104). Det er dessuten lite forskning på den terapeutiske relasjon mellom vernepleiere og mennesker med schizofreni, noe denne studien kan bidra med. I mine datasøk, har jeg ikke funnet noe engelsk litteratur som tar opp relasjon mellom mennesker med schizofreni og vernepleiere. Gjennom å drøfte funn ved hjelp av vernepleierfaglig kunnskap og teori vedrørende relasjoner vil denne studien kunne bidra med nye perspektiver.

1.2 Førforståelse

Førforståelse defineres av Bergheim, Neumann, Rugkåsa & Skotte som de erfaringer, tanker og følelser og den kunnskapen en har på et vist tema før man begynner å jobbe med det (2018, s. 11). I min fordypningspraksis innenfor botiltak for psykisk helse i Trondheim har jeg fått innblikk i og blitt kjent med brukere som har en psykisk lidelse deriblant mennesker med schizofreni. Schizofreni er noe jeg ikke fullt ut forstår og derfor ønsker jeg gjennom denne oppgaven å få mer kunnskap og forståelse for noen av de mekanismene som rår i en slik lidelse. Jeg har erfart at det å opprettholde en relasjon med mennesker med schizofreni kan være vanskelig fordi en del av forsvarsmekanismen i denne lidelser er å trekke seg tilbake og isolerer seg fra omverdenen. Til slutt vil jeg nevne at jeg har personlig erfaring knyttet til psykisk helse, noe som har ført til min interesse for nettopp dette feltet.

1.3 Problemstilling og avgrensninger

Denne studien skal besvare følgende problemstilling: *Hvordan kan tjenesteyter (vernepleier) legge til rette for en terapeutisk relasjon med mennesker med schizofreni?* Studien skal avgrense seg til å se på hvilke kvaliteter en vernepleier bør

ha i møte med en person med schizofreni. Studien skal ta for seg hovedsakelig kvalitativ litteratur og inkluderer brukerens og tjenesteyterens perspektiv.

1.4 Begrepsavklaringer

Terapeutisk relasjon er en relasjon hvor målet er en eller annen form for bedring for den det gjelder. Mens relasjon betyr forbindelse, forhold eller sammenheng er terapi en samlebetegnelse for all behandling som skal ha en positiv virkning for personen som mottar den (Schacht-Magnussen, 2015, s. 57; Skre, 2020).

Schizofreni er en psykotisk tilstand hvor forstyrrelse av tenkning, persepsjon og affekt er sentralt og hvor disse mekanismene innebærer at personens virkelighetsoppfatning er alvorlig forstyrret (Engelstad Snoek & Engedal, 2017, s. 81).

Psykotiske tilstander spenner over et vidt spekter av tilstander, alt fra kortvarige akutte psykoser til mer langvarige, kroniske tilstander hvor man har behov for behandling på institusjon. Schizofrenier er tilstander som havner i en slik sistnevnte kategori og det er en slik type tilstand denne litteraturstudien i hovedsak skal ta for seg. Begrepet schizofreni er under diskusjon og kan oppleves svært stigmatiserende for den det gjelder (Møller, 2018, s. 28). Jeg kommer til å bruke dette begrepet da jeg ønsker å begrense meg fra rusutløste og kortvarige psykosetilstander. Schizofreni er også et allment kjent begrep som gjør det lettere å finne forskning.

Å legge til rette for en god relasjon vil i denne oppgaven innebære en kommunikasjons,- og relasjonskompetanse som gjør det mulig å skape en terapeutisk relasjon. Samtidig som kvaliteter ved bruker og kvaliteter ved miljøet vil påvirke den terapeutiske relasjon har vernepleier som fagutøver et særlig ansvar for å legge omstendighetene til rette.

2.0 Teori

2.1 Diagnosen schizofreni

Internasjonal Classification of Diseases (ICD) er det diagnosesystemet vi i Norge bruker. I dag brukes den 10 utgaven av ICD, derfor navnet ICD-10. Schizofreni beskrives her som forstyrrelser hvor det er en fundamental endring av tenkning, og hvor man er affektforstyrret (Statens helsetilsyn, 1999, s. 45). Mange forbinder schizofreni med vrangforestillinger og hallusinasjoner. Mens vrangforestillinger er en grunnleggende forestilling om verden som folk flest ikke har, er hallusinasjoner en form for sansebedrag hvor man sanser noe uten at det foreligger noen ytre påvirkning på sansene. Vanlige former for hallusinasjoner er for eksempel å se eller høre ting som andre ikke opplever. Ofte er disse hallusinasjonene bisarre og voldsomt skremmende for personen. Dette sammen med storhetsidealer, mistenksomhet, uro og fiendtlighet er såkalte positive symptomer som er observerbare for andre. Personen som lider av schizofreni vil i tillegg også ha mindre observerbare symptomer som ofte kalles for negative symptomer. Negative symptomer slik som lav tiltakslust, emosjonell og fysisk tilbaketrekning fra mennesker og affektmatthet er svært alvorlig fordi de gjør at brukeren mister kontakt med verden rundt seg (Engedal & Engelstad Snoek, 2017, s. 84-86). Slik blir vedkommende isolert. Det å være sammen med mennesker kan oppleves så vondt og vanskelig at personen må forsvare seg mot det enten ved å ikke lenger være emosjonelt tilstede, eller ved å fysisk isolere seg (Schacht-Magnussen, 2015, s. 56). Personen med schizofreni kan oppfattes som likegyldig og avisende ovenfor andre, men faktum er at mennesker med schizofreni gjerne er svært sensitive og i aller høyeste grad registrer det som skjer rundt dem (Schacht-Magnussen, 2015, s. 56).

2.2 Relasjon – objekt versus subjekt

Mennesker kan i følge Schacht-Magnussen forholde seg til andre enten «utenfra» eller «innenfra». I motsetning til å møte noen «utenfra», møte noen med utgangspunkt i deres atferd, utseende og symptomer handler det å forholde seg til noen «innenfra» om å forsøke å forstå og forestille seg hvordan det er å være i den andres situasjon. Her blir personen som skal hjelpes noe mer en bare en diagnose. Personen blir et medmenneske (2015, s. 57). Dette står i sammenheng med det Røkenes & Hanssen kaller for å møte den andre som et subjekt heller enn et objekt.

Når man møter den andre som et objekt, blir vedkommende i praksis behandlet som en ting. Vi behandler den andre utfra den forkunnskapen vi har, for eksempel teori om dens diagnose eller erfaringer med at et menneske trenger å dekke sine grunnleggende behov slik som å sove og spise. I et slikt perspektiv blir tjenesteyter ekspert på «objektet» (Hanssen & Røkenes 2012, s. 51). I motsetning til objektet møter man et subjekt som noe eget som opplever, føler og tenker. Man møter den andre med utgangspunkt i den andres opplevelsesverden (Hanssen & Røkenes, 2012, s. 52). Helt sentralt i en relasjon er det intersubjektive møtet, hvor relasjonens parter danner en felles opplevelsesverden (Hanssen & Røkenes, 2012, 47). I dette ligger det at begge parter forsøker å forstå hverandre «innenfra» som subjekter. Her har vernepleieren som fagperson et særlig ansvar.

2.3 Fireperspektivmodellen

I tillegg til den felles opplevelsesverden omtaler Hanssen og Røkenes tre grunnleggende perspektiver i det som blir kaldt for fireperspektivmodellen. Denne modellen handler om at en situasjon eller en relasjon kan oppleves fra fire forskjellige perspektiver. I tillegg til en felles opplevelsesverden (forklart i 2.2) har vi egenperspektivet, andreperspektivet og samhandlingsperspektivet (2012, 39). Mens andreperspektivet handler om å være nysgjerrig og søkende etter å forstå den andres verden, vil egenperspektivet handle om ens egen forforståelse og selvforståelse i møte med den andre. Egne erfaringer, kulturbakgrunn, verdier og personlighet vil ha betydning for hvordan vedkommende forholder seg til andre mennesker og omverdenen (Hanssen & Røkenes, 2012, 40 & 41). Ved samhandlingsperspektivet inntar man et metaperspektiv, en danner seg enkelt forklart et oversiktsbilde av samhandlingsprosessen og relasjonen (Hanssen & Røkenes, 2012, 42).

2.4 Den skjeve maktbalansen i en terapeutisk relasjon

En terapeutisk relasjon vil alltid bære preg av en viss grad av skjev maktfordeling, ved at bruker er den som søker hjelp, og tjenesteyter er fagperson som innehar kompetanse (Schacht-Magnussen, 2015, s. 63). Den skjeve maktfordelingen kan føre til at brukers selvbestemmelse blir svekket (Schacht-Magnussen, 2015, s. 65). Forskning viser at mennesker som opplever seg styrt av andre, har lettere for å

utvikle psykiske og fysiske plager. Motsatt viser forskning at det å ha kontroll over og det å bestemme i eget liv er viktig for livskvalitet (Hanssen & Røkenes, 2012, s.16). Pasient- og brukerrettighetsloven gir bruker rett til å medvirke ved «valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsformer» (1999§ 3-1). Videre sier loven at medvirkningen skal tilpasses den enkelte, slik at bruker har fått tilstrekkelig informasjon på en slik måte at bruker kan forstå (1999 §3-1).

2.5 Empati og empatisk svikt i møte med mennesker med schizofreni

En god terapeutisk relasjon vil være særlig viktig for mennesker med schizofreni.

Schizofreni kjennetegnes som vi har sett av isolasjon, ensomhet og av skremmende tanker som det er vanskelig å snakke med andre om (Schacht-Magnussen, 2015, s. 20). Her vil det være helt avgjørende å ha en vedvarende og kontinuerlig kontakt med tjenesteyter for å oppnå tilfriskning. En slik kontakt kan stimulere til et ønske om å ha kontakt med andre mennesker og til omverdenen (Schacht-Magnussen, 2015, s. 21). En forutsetning for en god terapeutisk relasjon vil være empati.

Empati handler om følelsesmessig å sette seg inn i den andres situasjon uten å miste kontakt med seg selv (Schacht-Magnussen, 2015, s. 62). Hanssen & Røkenes legger vekt på at empati er en tilstand av følelsesmessig nærhet, men også av selvavgrensning. Personen er alltid klar over ens eget ståsted i møte med den andre (2012, s. 181). Empatisk svikt er en grunnleggende trussel mot den terapeutiske relasjon, og derfor er dette noe vernepleieren bør unngå. Empatisk svikt oppstår når brukeren ikke føler seg sett, ivaretatt eller forstått av tjenesteyter (Mandelind, 2015, s. 93). Dette kan skje som en konsekvens av at tjenesteyter blir følelsesmessig overveldet. Det er i følge Schacht-Magnussen to måter dette kan komme til uttrykk på. Ved overinvolvering, som handler om at tjenesteyteren mister kontakt med seg selv eller ved distansering, hvor tjenesteyter mister kontakt ved bruker. Mens overinvolvering kan føre til at tjenesteyter går ut av den profesjonelle rollen sin, og involverer seg på måter som er upassende, kan distansering føre til at for eksempel tjenesteyter avviser bruker som (Schacht-Magnussen, 2015, s. 62).

2.6 Relasjon innenfor en vernepleierfaglig kontekst

Vernepleieren har i tillegg til å være helsepersonell en sosialfaglig utdannelse. En sosialarbeider jobber for å ivareta utsatte gruppers rett til å leve et verdig liv. I dette ligger det å legge til rette for individets mestring, selvstendighet og livskvalitet (Linde, Nordlund, & Thronsen, 2015, s. 23). Som helsepersonell er det lovpålagt å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). På individnivå har vernepleieren to kjerneverker: ansvarsrollen og partnerrollen. Mens ansvarsrollen vektlegger det ansvaret og den handlingsplikten en vernepleier har i møte med bruker, legger partnerrollen vekt på være en samarbeidende part som legger til rette for individets deltakelse og selvbestemmelse i relasjonen og i samfunnet forøvrig (Brask, Ødegård & Østby, 2016, s. 64 & s. 115). I dette ligger verdier som samhandling, medvirkning og dialog sentralt. Det handler om å legge til rette for en dialog hvor begge parter kommuniserer fritt og respektfullt. Helt sentralt i en dialog er evnen til å sensitivt lytte, være åpen for den andres argumenter og evne til å skifte mening basert på det den andre sier. En hjelperelasjon vil alltid være preget av en viss skjev maktfordeling og nettopp derfor har vernepleieren som den med mest makt også et særlig ansvar for å legge til rette for at brukers ønsker og behov blir tatt på alvor (Brask et al., 2016, s 64-65).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra eksisterende forskning og teori. Å systematisere kunnskap handler om å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den, analysere og tolke den og til slutt sammenfatte litteraturen (Thidemann, 2019, s. 77). I en litteraturstudie skal man ikke finne på noe helt nytt, selv om nye perspektiver og funn kan fremkomme når man systematiserer data. Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av et avgrenset kunnskapsområde og vise leseren hvordan man har kommet fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78). En litteraturstudie innebærer å kritisk vurdere den litteraturen en finner. Til hjelp her kan begrepene reliabilitet og validitet brukes. Mens reliabilitet beskriver nøyaktigheten av hvordan dataen i en studie er innhentet og behandlet beskriver validitet om hvorvidt dataen er relevant eller ikke (Nordlund et al., 2015, s. 61).

3.2 Søkestrategi

Med utgangspunkt i Thidemann gjennomførte jeg et systematisk litteratursøk (2019, s. 78) på følgende måte: 1. *Fant relevante databaser og satt meg inn i deres søkemetoder.* Ved å gå inn på helsebiblioteket dannet jeg meg en oversikt over relevante databaser. Ut ifra denne oversikten fant jeg at følgende databaser hadde relevans for min problemstilling: PubMed, Cinahl, Medline, Pubpsyk og PsycINFO. 2. *Fant søkeord.* Helt sentralt for meg var det å finne søkeord som var relevant for den litteraturen jeg lette etter. De databasene jeg valgte hadde emneordssregister, noe jeg brukte flittig når dette var mulig. De søkeordene jeg til slutt endte opp med var «psychotic disorders», «schizophrenia», «therapeutic relations», «therapeutic communication» og «therapeutic alliance». Disse ordene søkte jeg opp i de valgte databasene. I litteraturmatrisen har jeg kun med søkene gjennomført i PubMed (tabell 1.2) og Cineahl (tabell 1.3) da det var disse databasene jeg endte med å velge artikler fra. Jeg søkte opp hvert ord enkeltvis for så å søke på ordene samlet. 3. *Leste overskrifter og inkluderte de artikler* som var relevante basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene (se tabell 1.1). Etter hvert som jeg søkte fant jeg noen relevante review artikler som hadde gode referanser og gikk videre inn på disse artiklene. 4. *Leste sammendrag* på de relevante artiklene for å mer nøyaktig

inkludere bare artikler som har relevans. 5. *Skumlese valgte artikler* for å deretter å gjøre et endelig valg på hvilke studier som hadde reliabilitet og validitet.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Nedenfor vises kriterier for inkludering og ekskludering som ble brukt ved valg av relevante studier. Da jeg begynte å søke fant jeg ut at jeg måtte gjøre noen modifikasjoner. Det er gjort få studier på den terapeutiske relasjon i møte med sykepleier og annet helse- og sosialfaglig personell (Harris & Panozzo, 2018, s. 104). Dermed måtte jeg gå tilbake lenger i tid enn det jeg hadde tenkt og inkluderte studie 1 fra 2009. Opprinnelig var også et kriterium å inkludere studier som var gjort på kun mennesker med schizofreni, men ettersom det var vanskelig å finne artikler som omhandlet kun relasjon mellom helsepersonell og mennesker med schizofreni, valgte jeg å inkludere studier som også omhandlet mennesker med andre alvorlige psykiske lidelser.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Vitenskapelig artikkel	Fagartikkel
Kvalitativ forskning	Kvantitativ forskning
Engelsk språk	Barn
Utgitt siste 10 år	Lettere psykiske plager eller fysiske plager
Mennesker med schizofreni/psykoselidelser	Eldre enn 10 år
Voksne	Ikke overførbart til norske forhold
Pasient- og brukererfaringer	Ikke overførbart til vernepleieryrket
Overførbart til norske forhold	
Overførbart til vernepleieryrket	

Tabell 1.1

3.4 Søkematrise

Her presenteres søkematriser gjort i PubMed og Cineahl. Søkematrisen er basert på tabell for søkehistorikk Thidemann (2019, s. 89).

PubMed Tabell 1.2

Søkedato	Søk-nr	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste Abstract	Leste artikler	Artikler inkludert

01.04.2 1	1	«Psychotic disorders» AND therapautic relations OR therapeutic alliance	Nyere enn 10år	6.308 treff	4	2	
01.04.2 1	2	«psychotic disorders» AND "therapeutic relations" OR "therapeutic alliance"	Nyere enn 10år	1.731 treff	33	2	1 fra litteraturliste til https://doi.org/10.1002/cpp.2135
13. april	3	(«psychotic disorders» OR shizofrenia) AND «therapeutic alliance»	Nyere enn 10år	65 treff	12	0	0
14.04.2 1	4	("psychotic disorders" OR shizofrenia) AND ("therapeutic alliance" OR "therapeutic relations" OR "therapeutic communication")	Nyere enn 10år	68 treff	12	4	1 (fra litteraturliste til: https://doi.org/10.1007/s11414-015-9492-5
25.04.2 1	5	"therapeutic relationship" AND "experiences" AND schizophrenia	Nyere enn 10år	13 treff	2	1	1

Cinahl tabell 1.3

Søkedato	Søknr	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste Abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
13.04.21	1	«Psychotic disorders»	Engelsk språk Fagfellevurdert Nyere enn 10år	65 931 treff			

13.04.21	2	Shizophrenia	Engelsk språk Fagfelleverurdert Nyere enn 10år	11389 treff 19527			
13.04.21	3	«psychotic disorders» OR shizophrenia	Engelsk språk Fagfelleverurdert Nyere enn 10år	64992 treff 69960			
13.04.21	4	«therapeutic alliance»	Engelsk språk Fagfelleverurdert Nyere enn 10år	233 treff			
13.04.21	5	«therapeutic relationship»	Engelsk språk Fagfelleverurdert Nyere enn 10år	1940 treff			
13.04.21	6	«therapeutic communication»	Engelsk språk Fagfelleverurdert Nyere enn 10år	350 treff			
13.04.21	7	«therapeutic alliance» OR «therapeutic relationship» OR «therapeutic communication»	Engelsk språk Fagfelleverurdert Nyere enn 10år	2396 treff			
13.04.21	8	(«psychotic disorders» OR shizophrenia) AND («therape	Engelsk språk Fagfelleverurdert Nyere enn 10år	105 treff	20	6	2 (fra litteraturliste til: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2

		utic alliance» OR «therapeutic relationship» OR «therapeutic communication»)					018.08.003
--	--	--	--	--	--	--	------------

3.5. Litteraturliste

I tabell 2.1 – 2.5 presenteres valgt litteratur. Litteraturlisten er basert på modell i Thidemann (2019, s. 95).

Studie 1	Gaillard, L. M., Shattell, M. M. & Thomas, S. P. (2009). Mental health patients' experiences of being misunderstood. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 15 (3.), 191-199. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200394 Land: USA
Hensikt	Undersøke pasienter med psykiske utfordringer sin erfaring med å bli misforstått.
Metode	Kvalitativ studie med intervju som er gjennomgått sekundær analyse.
Utvalg	20 voksne som identifiserte seg med en eller flere psykiske lidelser og som mottar hjelp i kommunal sektor. Deltakerne er mellom 21 – 65 år, 8 menn og 13 kvinner. Utdanningsnivå varierte fra fullført videregående (eller lavere) til fullført høyere utdanning. Diagnosene varierte fra depresjon, angst, generalisert angstlidelse, bipolar lidelse, posttraumatisk stresslidelse, panikkangst, ADHD, antisosial personlighetsforstyrrelse, schizofreni, schizoaffektiv lidelse og fødselsdepresjon.
Hovedfunn	Deltakerne opplevde at tjenesteytere lot diagnose overskygge deltakerens andre kvaliteter. Det deltakeren sa og gjorde ble tolket inn i vedkommende diagnose, heller enn å se mer helhetlig på situasjonen og på personen. Studien peker på fire tema hvor deltakeren følte seg misforstått. Tema 1: Deltakeren følte seg sårbar for å bli feiltolket, misforstått noe som resulterte i at personen var forsiktig med hva den fortalte til tjenesteyteren. Tema 2: Deltakeren ble sett på som et objekt, et «problem som skulle løses», framfor å bli sett på som et menneske med individuelle kvaliteter, ønsker og behov. Dette resulterte i at hjelpen som ble gitt ble mer statisk. Tema 3: Grunnet diagnose så tjenesteyteren på deltakeren som hjelpetrengende og «ikke-fungerende» -førte til at deltakeren ikke hadde noen opplevelse av kontroll. Vedkommende opplevde å bli

	<p>presset inn i behandlingsopplegg eller ikke å bli hørt ved ønsker om å endre eller trappe ned på medisiner. I stedet for å lytte til vedkommende opplevde deltakeren en ovenfra og ned holdning, hvor paternalistiske råd ble gitt, og kritikk gitt når rådene ikke ble fulgt. Tema 4: Som konsekvens av å ikke bli forstått opplevde deltakerne frustrasjon og sinne og engstelse. Deltakerne ga uttrykk for absolutt frustrasjon over å måtte gjenta seg, men samtidig ikke bli hørt.</p>
Reliabilitet (pålitelighet)	<p>Studien er av en relativt ny dato (2009) og fagfellevurdert. Fremgangsmåten på studien er beskrevet i metod delen og utvalget av deltakere er variert noe som gjør studiens resultater mer pålitelig. Denne studien er en del av en større studie om erfaringer med å bli forstått som ble godkjent av University's institutional Review Board (IRB). Forfatterne har relevant høyere utdanning (bachelorgrad & doktorgrad), noe som øker studiens reliabilitet. Deltakerne av studien har fått noe godtgjørelse for å være med, men pengesummen er såpass lav (165 kr) at det kan argumenteres for at dette ikke minsker studiens reliabilitet i noen nevneverdig grad.</p>
Validitet (relevans)	<p>Studien består av deltakere i voksen alder og med en eller flere psykiske lidelser. Prinsipper ved en relasjon mellom tjenesteyter og bruker vil kunne overlappes mellom de ulike diagnosene slik at det at studiens deltakere ikke bare har schizofreni, men også andre psykiske lidelser ikke nødvendigvis trenger å ha betydning for studiens validitet. Deltakerne ble bedt om å beskrive deres relasjon med ulike tjenesteytere: terapeuter, sosialarbeidere, rådgivere og sykepleiere og leger, noe som gjør studien relevant også i et tverrfaglig perspektiv. Studien er kvalitativ og har et bruker- og tjenesteyterperspektiv som øker studiens relevans ytterligere. Studien er av noe eldre dato (2009) som vil si at det kan ha kommet nyere studier med fornyet og dermed mer relevant kunnskap om emnet.</p>
Etikk	<p>Deltakelse på i denne studien er basert på frivillighet ved at en annonse ble satt inn i en avis hvor folk som var interessert kunne melde seg på. Selve intervjuet foregikk på en slik måte at deltakeren kunne prate fritt, kun med klarerende spørsmål fra intervjueren. Deltakerne fikk 165 kr (\$20) for å bli med. Personlige opplysninger er blitt anonymisert.</p>

Tabell 2.1

Studie 2	<p>Easter A., Wisdom J. P., Pope L. G., Pollock M. & Smith T. E. (2013). Disengagement from care: perspectives of individuals with serious mental illness and of service providers. <i>Psychiatric services</i> 64 (8.), 770-5. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200394 Land: USA</p>
Hensikt	<p>Å beskrive årsaker til at mennesker med alvorlig psykisk lidelse med stort behov for behandling avstår fra hjelp og praktiske retningslinjer for å fremme engasjement for behandling for denne gruppen av mennesker.</p>

Metode	Kvalitativ studie med intervju.
Utvalg	56 mennesker med en alvorlig psykisk lidelse. Deltakerne var rekruttert fra et større prosjekt som identifiserte mennesker som hadde store behov for behandling, men som hadde frasagt seg hjelp. Deltakeren var mellom 18-65 år som har begått lovbrudd eller med påbudt poliklinisk psykisk helsehjelp. Intervju med 25 tjenesteytere (saksbehandlere, sosialarbeidere, terapeuter og kliniske veiledere) som har ytt bistand til mennesker med alvorlige psykiske lidelser er også inkludert i studien.
Hovedfunn	Studien peker på ulike perspektiver på hvorfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser avstår fra behandling i tillegg til å peke på strategier som kan føre til at flere takker ja til behandling. Klientens perspektiv: Den mest rapporterte forklaringen (30 %) var at hjelpen som blir tilbydd ikke er relevant for det personen har behov for. En annen sentral forklaring var utfordringer med relasjonen til tjenesteyteren. 29 % rapporterte om tjenesteytere som var kritiske og negative, og videre 20 % rapporterte om diskontinuitet i behandlingen som en forklaring på at de ikke ønsket hjelp. Tjenesteyterens perspektiv: 76 % av tjenesteytere i studien fortalte om stigma som en forklaring til å avstå fra behandling og 68 % rapporterte mangelfunn sykdomsinnsikt som årsak til at klientene avsto fra behandling. I tillegg rapporterte tjenesteytere om ustabile systemer rundt klienten som en forklaring. Mangel på støtte fra familie, utfordringer med transport og ustabile boforhold. Strategier for å øke engasjement i behandlingen: flere deltakere pekte på at tjenesteytere bør være engasjert, omsorgsfull og åpen. Flere av tjenesteyterne omtalte at klienten skal behandles med respekt. Klienten skal behandles som et individ og ikke bare som en person med en psykisk lidelse. Både tjenesteyter og klient pekte på bistand til transport, og fleksibilitet i forhold til tidspunkt på terapitimene. Klienter pekte også på bistand også utenfor terapitimene slik som jobbtrening eller fritid med hjelp til å unngå rusmisbruk som verdifullt.
Reliabilitet (pålitelighet)	Studien er av nyere dato (2013) og fagfelleurdert. Alle forfatterne har relevant master eller doktorgrad (medisin, sosialt arbeid, filosofi og folkehelse). Deltakerne er rekrutert fra et prosjekt kaldt « New York City Mental Health Care monitoring Initiative», et prosjekt som er laget av New York City og byråer for psykisk helse i statene. Gjennomføringen av rekrutteringsprosessen, datainnsamlingen og analysen av data er nøye beskrevet noe som øker studiens reliabilitet ytterligere.
Validitet (relevans)	Studien tar for seg årsaker til at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke ønsker behandling og mulige strategier for å endre dette, hvorav en del av årsakene og strategiene kan knyttes direkte opp mot den terapeutiske relasjon mellom vernepleier og menneske med schizofreni. Slik har studiens resultat relevans for denne litteraturstudien. Selv om studien ikke undersøker mennesker med schizofreni spesifikt ser den på alvorlige psykiske lidelser hvorav schizofreni inngår. Deltakerne er voksne (alder mellom 18-65 år) og

	studien er kvalitativ. Studiens perspektiv er både brukerorientert og tjenesteyterorientert. Studien tar for seg tjenesteytere som har relevant arbeidserfaring og som har ulik utdanning enten med en bachelor- eller en mastergrad innenfor saksbehandling, sosialt arbeid, terapi og klinisk veiledning. Dette indikerer en relevans også for vernepleierfaget.
Etikk	Deltakerne av studien ga et skriftlig samtykke og studien er godkjent av insitute`s institutional review board (IRB).

Tabell 2.2

Studie 3	Altimir C., Capella C., Núñez L., Abarzúa M. & Krause M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts. <i>Journal of Clinical Psychology</i> 73 (11.), 1510-1522. https://doi.org/10.1002/jclp.22525 Land: Chile
Hensikt	Å beskrive basert på terapeut og pasients opplevelser den terapeutiske allianse i en vellykket terapeutisk prosess.
Metode	Kvalitativ kasusstudie.
Utvalg	Til sammen syv deltakere. Fire klienter tom utgjør tre caser. Case A: Et 7 år gammelt barn diagnostisert med ADHD, og dens mor i samtale med en terapeut som var under psykoterapiutdanning. Terapien varte 3 måneder. Case B: En 29 år gammel dame diagnostisert med tilpasningsforstyrrelse med depressive tendenser og personlighetsforstyrrelse i samtale med en psykoterapeut med over 20 års erfaring. Terapien varte i 3 år. Case C: 22 år gammel mann med paranoid schizofreni som hadde utfordringer knyttet til å opprettholde nære relasjoner med andre. Terapeuten var en dame med 11 års erfaring og terapien varte i 2 år.
Hovedfunn	Selve konteksten er av betydning for den terapeutiske allianse. Rollene terapeut og klient inngår i impliserer et skjevt maktforhold, hvor terapeut har mer makt enn klient. Videre peker studien på at sentralt i den terapeutiske relasjon er genuin interesse og affekt fra terapeuten sin side. Gjennom interesse og affekt vil det dannes et bånd mellom terapeut og pasient som går utover det rollene forventer. Det handler om et følelsesmessig bånd som er bygget på at terapeuten bryr seg og er oppriktig interessert i pasienten. Bare ved et slikt bånd kan terapeuten virkelig forstå klienten og denne forståelsen kan bidra til mer relevant behandling og hjelp. Videre vil denne relasjonen bidra til å skape tillitt mellom pasient og terapeut som fører til at pasient kan være seg selv og si det han/hun mener til pasient.
Reliabilitet (pålitelighet)	Studien er av nyere dato (2017) og fagfelleverdert. Forfatterne har relevant utdanning og arbeid, hvorav samtlige har skrevet over 30 publikasjoner. Hvordan studien er gjennomført er beskrevet under metoddelen, noe som er med på å styrke studiens reliabilitet.
Validitet (relevans)	Studien er kvalitativ og den tar for seg både et bruker- og et tjenesteyterperspektiv. Studien utforsker opplevelsen terapeut og

	pasient har med den terapeutiske allianse i terapi, noe som øker studiens relevans.
Etikk	Deltakelsen var frivillig og deltakerne samtykket skriftlig. Studien er videre godkjent av relevant etisk komite (School of psychology, Pontificia Universidad Católica de Chile).

Tabell 2.3

Studie 4	Easter A., Wisdom J. P., Pope L. G., Pollock M. & Smith T. E. (2015). Perspectives of Treatment Providers and Clients with Serious Mental Illness Regarding Effective Therapeutic Relationships. <i>The Journal of Behavioral Health Service & Research</i> 43 (3.), 341–353. https://doi.org/10.1007/s11414-015-9492-5 Land: USA
Hensikt	Å utforske terapeutisk relasjon mellom tjenesteytere og klienter med en alvorlig psykisk lidelse som har et stort behov for hjelp og som nylig har avsluttet behandling.
Metode	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju.
Utvalg	56 klienter med alvorlig psykisk lidelse, deriblant Schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse. Klientenes alder var mellom 18-65 år, hadde en historie med strafferettslige forhold bak seg, hadde tatt del i poliklinisk behandling eller var unge voksne (mellom 18-24 år). 25 tjenesteytere som jobbet med psykisk helse og som hadde ulike utdanning, enten på bachelor- eller masternivå deltok. De var saksbehandlere, sosialarbeidere, terapeuter og kliniske veiledere.
Hovedfunn	Forfatterne deler inn resultatene av studien i tre hovedtema: 1. Være tilstede og tilgjengelig, være på bølgelengde, det å lytte og forstå det klienten har å si, og viktigheten av å stole på hverandre. 2. Klienter og tjenesteytere deler ofte ikke felles mål. For klienten var ofte mer praktiske forhold, hvor flere av deltakerne (41 %) ønsket å finne et sted å bo, og flere (38 %) ønsket å få seg en jobb. Det var også 25 % som ønsket å gå på skole eller studere og 25 % som ønsket å redusere psykiske symptomer. Blant tjenesteyterne derimot var det kun 16 % som rapporterte at de jobbet med bosteds relaterte utfordringer med sine klienter. Svært mange behandlere (68%) rapporterte at et viktig mål var å jobbe med utfordringer knyttet til benektelse. Behandlerne fortalte at mange klienter benektet at de var syke og trengte hjelp og hadde lav sykdomsinnsikt. Tema 3 – tilnærminger og intervensjoner som størst virkning. Klienter fremhevdde det å ikke bli dømt og å få positiv tilbakemeldinger på fra sine behandlere. Tjenesteyterne derimot så på psykoedukasjon – det å lære klienten om sin sykdom, symptomer, mestringsstrategier og behandlingsalternativer. Få klienter (9%) nevnte denne tilnærmingen. Støtte fra jevnaldrende ble nevnt av klienter som positivt – her møtte man noen som kunne relatere til det klienten gikk igjennom.
Reliabilitet (pålitelighet)	Studien er av nyere dato (2015) og er fagfelleurdert. Gjennomføringen av studien er nøye beskrevet. Alle forfatterne har

	relevant master eller doktorgrad (medisin, sosialt arbeid, filosofi og folkehelse) og er tilknyttet Universitet i New York.
Validitet (relevans)	Studien ønsker å utforske relasjon mellom tjenesteytere og mennesker med alvorlige psykiske lidelser, hvor schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse. Tjenesteyterne i denne studien består av sagsbehandlere, sosialarbeidere, terapeuter og kliniske veiledere. Selv om vernepleiere ikke inngår i denne studien vil der relasjonelle i de øvrige profesjonene være overførbart til vernepleierfaglige forhold.
Etikk	Deltakerne ble tilbydd 416 kr (50 \$) for å være med. Likevel er dette en relativt liten sum. Studien er godkjent av institute`s institutional review board (IRB) i New York.

Tabell 2.4

Studie 5	Jung E., Wiesjahn M., Lincoln T. M. & Rief W. (2015). Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis. <i>British Journal of Clinical Psychology</i> . 54 (1.), 34-48. https://doi.org/10.1111/bjc.12059 Land: Tyskland
Hensikt	Identifisere relevante karakteristika ved terapeuten som forutsier en god terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi med mennesker med en psykoselidelse.
Metode	Kvantitativ studie med semistrukturerte intervju. Studien tok i bruk Bonner Questionnaire for Therapy and Counseling, et spørrekjema for å måle terapeutens karakteristikk og HAQ og PSB, et spørrekjema for å måle den terapeutiske allianse. Tok også i bruk PANS, et observasjonsbasert verktøy som måler positive og negative symptomer hos pasient. (KILDE) Analysen er gjort ved bruk av SPSS versjon 21.0.0. Deltakerne ble under studien behandlet med CBT (kognitiv atferdsterapi).
Utvalg	48 pasienter med en psykoselidelse, de hadde et vist antall negative og positive symptomer i PANS. Alder er mellom 18-65 år, og de hadde gode nok kommunikasjonsferdigheter til å kunne kommunisere med terapeut. Deltakerne hadde en langvarig psykoselidelse, med et gjennomsnitt på 12,8 år. I tillegg var det 11 terapeuter med alder fra 25-32 som alle hadde fått opplæring i relevant terapi.
Hovedfunn	Empati, autenticitet, positiv respekt, positiv betraktning, kompetanse og evnen til å overbevise var kvaliteter ved terapeuten som gjorde at pasienten vurderte alliansen mellom terapeut og pasient i kognitiv atferdsterapi til å være god. Spesielt autenticitet, men også kompetanse var spesielt to kvaliteter som gjorde at pasienten vurderte den terapeutisk allianse ved hjelp av HAQ og PSB til å være på et høyere nivå.
Reliabilitet (Pålitelighet)	Studien er av nyere dato (2015) og fagfellevurdert. Innsamlingen av data og analyse er gjort på en systematisk måte ved bruk av en rekke verktøy (som beskrevet under metode). Forfatterne er tilknyttet fakultet for psykologi ved to universitet i Tyskland.

Validitet (Relevans)	Studien viser direkte til terapeutisk allianse med mennesker med en psykoselidelse og slik er resultatets innhold relevant for problemstillingen. Studien henvender seg til hovedsakelig til psykoterapeuter. Samtidig kan elementer ved den terapeutiske allianse i samtaleterapi være overførbart til terapeutisk relasjon også i andre yrkesgrupper, slik som vernepleieryrket. Ulike typer kvaliteter som er viktige for en individuell psykoterapeut vil trolig også kunne være viktige for en miljøterapeut. Studien er kvantitativ som i motsetning til kvantitative studier kan gi et overblikk over fenomener. Dermed kan denne studien bidra til å sette den terapeutiske relasjon mellom vernepleier og bruker inn i en større kontekst.
Etikk	Godkjent av relevant etisk komite (fakultet for psykologi på Universitetet i Marburg). Informert samtykke ble gitt av alle deltakerne.

Tabell 2.5

3.6 Evaluering av søk og valgte artikler

Søkestrategien min var systematisk, og jeg brukte emneordsregister der dette var mulig. De ulike databasene har lagt opp sine søkemuligheter forskjellig. Mens man ved Cineahl legger opp til at søkeren manuelt skal søke opp ord for så å sette ordene sammen i ulike kombinasjoner, gjør PubMed mye av dette automatisk. Denne automatikken gjorde kanskje at jeg fikk med litt for mange artikler som ikke var relevante.

Artiklene var også sortert etter «relevans», slik databasene selv vurderte hvilke artikler som var relevante opp mot søket mitt. Denne evalueringen av artiklenes relevans er noe jeg uansett måtte gjøre selv ved å gå gjennom alle artiklene, slik at denne «sorteringen» var unødvendig og kanskje også villedende.

De studiene jeg til slutt endte opp med, fant jeg ved å lese referanselisten til review-studier. Denne måten å finne studier på kan være mindre oversiktlig og mindre etterrettelig. Det kan gjøre det mer utfordrende for eventuelle lesere som ønsker å etterfølge min søkestrategi. Likevel valgte jeg disse studiene da de oppfylte de fleste inklusjonskriteriene.

Studiene jeg valgte har deltakere ikke bare med schizofreni, men også med alvorlige psykiske lidelser. Alle studiene jeg har valgt har likevel en viss andel deltakere med schizofreni. Prinsipper vedrørende den terapeutiske relasjon mellom tjenesteyter og bruker vil dessuten kunne overlappe mellom de ulike diagnosene og slik vil disse studiene kunne være relevante også for mennesker med schizofreni. Ytterligere vurdering av de enkelte studienes reliabilitet og validitet er belyst under tabell 2.1-2.5.

3.7 Analysestrategi

Jeg tok utgangspunkt i Aveyards tematiske analysemodell, men med noen modifikasjoner (Aveyard, 2014, s. 143). Aveyard anbefaler å bruke markeringstusj, mens jeg noterte heller ned stikkord for hånd om de relevante temaene i resultatdelen (2014, s. 144). Jeg begynte først å lese artiklene grundig og notere ned for hånd det som var relevant. Jeg hadde problemstillingen framfor meg mens jeg leste gjennom artiklene slik at jeg tydeliggjorde problemstillingen som jeg ønsket svar på. Det jeg noterte ned gjorde jeg etter følgende kriterier: 1. Hva studien har kommet fram til og 2. Hvordan resultatet på studien svarer på min problemstilling.

Etter at jeg hadde notert ned relevante funn ved studie 1-5 oppsummerte jeg dette i noen få setninger som jeg satte inn i en tabell vist i tabell 3.1 Jeg sammenfattet videre funnene i 3.1, som resulterte i tabell 3.2. Med bakgrunn i tabell 3.1 og 3.2 kom jeg fram til tre tema som er sentrale for å ha en terapeutisk relasjon med mennesker med psykoselidelser.

Studie 1	Studie 2	Studie 3	Studie 4	Studie 5
Diagnosen viktigere enn personen	Ikke relevant behandling	Skjev maktbalanse	Ta seg tid, være til stede, lytte og være på bølgelengde.	Empati, autenticitet, positiv respekt, positiv betraktning, kompetanse og evnen til å overbevise
Sårbare ovenfor andres holdninger	Negativ og kritisk væremåte	Genuin interesse, bekymring og affekt	Tillitt viktig for en åpen kommunikasjon	Autenticitet mest betydning
Et objekt som skal fikses	Engasjert, omsorgsfull og åpen	Skape en tillitsbasert relasjon	Hvilke mål har brukeren?	
Lite medvirkning	Bistand utenfor terapirommet	Involvere seg i brukers liv	Være åpen og gi positive tilbakemeldinger	

Tabell 3.1

Studie 1	Studie 2	Studie 3	Studie 4	Studie 5
Behandle brukeren som et medmenneske uavhengig av	Engasjert, omsorgsfull og åpen. Tilpasse behandlingen.	Møte bruker med genuin interesse og affekt. Skape en tillitsbasert relasjon.	Være på bølgelengde og hjelpe bruker med å nå sine mål.	Autenticitet mest betydning

dens diagnose.			Tillitt en forutsetning.	
----------------	--	--	--------------------------	--

Tabell 3. 2

4.0 Resultat

4.1 Funn 1: Se mennesket bak diagnosen

Studiene viser til at deltakerne ønsker å bli sett som enkeltmennesker med individuelle livserfaringer, kvaliteter, ønsker og behov, men at dette ikke alltid er tilfelle. Av Gaillard et al. fremkommer det at deltakerne hadde en opplevelse av å bli behandlet som et «objekt som skulle fikses» (2009, s. 195). Flere av deltakerne beskrev en følelse av å bli sett på som noe ødelagt som lett kunne fikses bare man gjennomførte behandlingen. Videre fortalte deltakerne i denne studien om situasjoner hvor tjenesteytere unngikk øyekontakt og vektla mer det som sto skrevet i journalen enn det deltakeren delte (Gaillard et al, 2009, s. 195). Deltakerne opplevde at tjenesteyterne ikke hørte på hva brukeren selv ønsket, men i stedet presset de inn i behandlinger de mente var riktig. Deltakere opplevde også at tjenesteyter beskrev personen som overdramatisk eller oppmerksomhetssyk, i stedet for å forsøke å forstå de følelsesmessige reaksjonene (Gaillard et al., 2009, s. 196). Altimir et al. fremmer også viktigheten av å se mennesket bak diagnosen. En deltaker her forteller om terapeuten som forsøkte å forstå utfordringen som klienten hadde og som basert på dette fremmet mestringsstrategier som hjalp klienten. Terapeuten sitt mål her var å danne seg en forståelse av klienten som overgikk klientens diagnose. Basert på denne forståelsen var det terapeuten sitt ansvar i samarbeid med klienten å lage et behandlingsopplegg. Her er altså selve forståelsen av personen helt essensielt for å hvilken form deres terapeutiske samarbeid tar (2017, s. 6).

I Easter et al. (2015) forteller en deltaker om hvor sentralt det er å ta seg tid til å se det enkelte mennesket: «Du må behandle alle som om de er den eneste pasienten. Fordi hvis du behandler folk som om de er mange pasienter, blir det vanskelig for deg. Det kommer til å bli vanskelig både for pasienten og for terapeuten (Oversatt fra engelsk)» (Easter et al., 2015, s. 346). I Easter et al. (2013) forteller tjenesteytere om hvor viktig det er å behandle klienten som en person, og ikke bare som noen med en psykisk lidelse. Tjenesteyteren forteller at dette handler om respekt for personen du skal hjelpe. Videre forteller tjenesteyteren at for å vite hvordan en skal gi klienten best mulig hjelp, må en lytte til det pasienten har å si (2013, s. 773).

4.2 Funn 2: Genuin interesse og omsorg.

I tillegg til å bli sett som et menneske fremkommer det i studiene at deltakerne ønsker å bli møtt med genuin interesse og omsorg. Jung et al. viser til at autentisitet var den faktoren som i størst grad gjorde at deltakerne vurderte den terapeutiske relasjon som god (2015, s. 40). I Altimir et al. forteller deltakerne om genuin omsorg som en sentral verdi i relasjonen. Deltakerne i studien forteller at de opplevde at terapeuten virkelig brydde seg om de. Terapeuten fortalte at han brydde seg ved å ringe sine klienter og ved å sende rapporter også utenfor terapitimen (2017, s. 8). Videre viser Altimir et al. sin studie at det båndet som dannes ut av genuin interesse og omsorg bidrar til en tillitsfull relasjon hvor pasient åpner seg mer (2017, s. 9). I Easter et al. (2013) ønsket deltakerne å møte tjenesteytere som var åpne og omsorgsfulle. De ønsket tjenesteytere som var engasjerte og viste at de oppriktig brydde seg (2013, s. 773). Videre i denne studien påpekte deltakerne at utfordringer i relasjonen til terapeuten gjør at bruker avstår fra behandling. Deltakerne her rapporterte at enkelte tjenesteytere var negative og kritiske og at dette var ødeleggende for relasjonen (2013, s. 772). Flere deltakere i studien Easter et al. (2015) fortalte om utfordringer med å stole på andre mennesker og da spesielt tjenesteytere. Både klient og tjenesteyter i denne studien ga uttrykk for at tillitt og ærlighet var to helt sentrale aspekt i møte med helsevesenet (2015, s. 347). Her fremhevet også flere av deltakerne viktigheten av å få positive tilbakemeldinger (2015, s. 348).

4.3 Funn 3: Legge til rette for selvbestemmelse

Studiene som er gjennomgått viser at vernepleieren bør legge til rette for selvbestemmelse. Deltakerne i Gaillard et al. opplevde å bli behandlet som «barn» som ikke kan ta vare på seg selv. De opplevde å bli presset inn i behandlinger som de ikke ønsket og at ønsker om å bytte eller trappe ned på medikamenter ikke ble hørt på. I stedet for å bestemme over eget liv opplevde flere å få paternalistiske råd og kritikk hvis rådene ikke ble fulgt (2009, s. 196). I Easter et al. (2015) var et av resultatene som kom fram at bruker og tjenesteyter hadde ulike mål og at brukers mål ikke ble tatt til etterretning. Mange av brukerne ønsket å bedre praktiske forhold slik som bosted, jobb og utdanning. Selv om flere av tjenesteyterne bekreftet at mange brukere hadde dette som mål, var det få tjenesteyterne som rapporterte om å jobbe med slike praktiske utfordringer sammen med klienten. I den samme studien

rapporterte flere av brukerne at de mistet tillitten til tjenesteyteren når vedkommende sitt mål ikke ble tatt til etterretning. En av klientene her sa følgende: «Hvis jeg trengte hjelp til enkelte ting, så benektet de dette, så jeg stolte ikke på noe. Jeg bare hørte etter og pratet så vidt med de» (min oversettelse) (Easter et al., 2015, s. 348). I Easter et al. (2013) forklarer flere av deltakerne at noe av grunnen til at de avslutter behandlingen er at den behandlingen og hjelpen som blir tilbudt ikke er relevant. Behandlingen er ikke individtilpasset, men er heller laget for en gruppe mennesker som har visse typer utfordringer (2013, s. 772). Slik får ikke deltakerne noen form for medvirkning i behandlingen. Altimir et al. viser til at hjelpen som tilbys skal være et resultat av et samarbeid mellom tjenesteyter og bruker (2017, s. 6). Denne studien viser også til at tjenesteyter involverte seg utover sin rolle som terapeut for å gi tilstrekkelig hjelp til brukeren (2017, s. 8). Videre i Easter et al. (2013) fremmet flere av deltakerne viktigheten av å få hjelp utenfor behandlingssenteret, slik som å ha fritidsaktiviteter hvor man unngikk rusmisbruk eller å delta på jobbtreningsstilbud (2013, 773).

5.0 Diskusjon

Studiene peker på at 1) vernepleieren bør se mennesket bak diagnosen, 2) bør være genuint interessert og 3) bør legge til rette for selvbestemmelse. For å muliggjøre disse punktene vil empati, evnen til å leve seg inn i den andres verden være helt nødvendig. Samtidig kan denne involveringen oppleves som skremmende og ubehagelig for vernepleieren.

Ved å søke å forstå noen «innenfra» og som et «subjekt», søker man en forståelse av personens bakgrunn, omstendigheter, personlighet, styrker og svakheter (Schacht-Magnussen, 2015, s. 57). Slik tar vernepleieren den andres perspektiv. Bare slik vil man kunne oppnå den emosjonelle kontakten som vil være avgjørende for å skape en terapeutisk relasjon. Samtidig kan den emosjonelle innlevelsen være skjør og en kan risikere empatisk svikt. Ved schizofreni vil skremmende tanker, angst og uro være dominerende. Det å innta det Hanssen og Røkenes kaller for andreperspektivet, impliserer at vernepleieren tar del i den lidelsen den schizofrene opplever (2012, s.41). Slik vil dette ubehaget bli «delt» med vernepleieren og følelser av angst og uro kan vekkes (Schacht-Magnussen, 2015, s. 58). Ytterligere har mennesker med schizofreni en tendens til å trekke seg vekk fra og isolere seg fra omverdenen (Schacht-Magnussen, 2015, s. 54). For personen vil det å isolere seg være en form for beskyttelse mot vanskelige følelser som kan oppstå nettopp i møte med andre. Vedkommende kan isolere seg rent fysisk fra omgivelsene, men også emosjonelt ved at følelser holdes utenfor bevisstheten. Schacht-Magnussen, 2015, s. 55). Vernepleieren kan oppleve tilbaketrekningen som avisning som igjen vil kunne vekke et ubehag. Det å distansere seg fra personen vil slik oppleves lettere enn å erkjenne vanskelige følelser. Når tjenesteyteren distansere seg fra bruker, distanserer vedkommende seg også fra egne ubehagelige følelser. Schacht-Magnussen, 2015, s. 62). Svikt i empatien vil gjøre at en ikke lenger forstår personen «innenfra» som et subjekt og som videre vil bidra til svikt i den terapeutiske relasjon heller ikke være mulig.

Det å innta andreperspektivet vil kunne bidra til en større forståelse og empati i møte med mennesker med schizofreni. Resultatene fra litteraturgjennomgangen viser at det å se brukeren som noe mer enn en diagnose og møte vedkommende med

genuin interesse og omsorg er avgjørende for å legge til rette for en terapeutisk relasjon. Vernepleierens partnerrolle konkretiserer andreperspektivet ved å vise til en sensitivitet som innebærer å registrere nyanser i væremåte, tonefall og stemmeleie. Ved å innta vernepleierens partnerrolle inntar man et innlevende, følgende og sensitivt modus som gjør vedkommende i stand til å emosjonelt engasjere seg på en hensiktsmessig måte. Vedkommende vil forstå hva bruker ønsker og har behov for (Brask, et al. 2016, s. 89). Slik vil fokuset hele veien ligge på bruker og vernepleieren vil slik kanskje unngå å miste kontakt med seg selv (Brask, et al., 2016, s. 89).

Videre viser studiene at ens meninger blir lyttet til og tatt i betraktning er en viktig faktor i den terapeutiske relasjon. Det å arbeide med mennesker handler om å inngå i en «hjelperelasjon» hvor man skal yte bistand til vedkommende i form av ulike tiltak. Til en viss grad er denne iverksettingen av tiltak forventet av vernepleieren, men samtidig kan en risikere at bruker blir objektifisert. Man tar ikke lenger del i den andres perspektiv, men blir fanget i egenperspektivet, hvor vernepleierens forståelsesverden dominerer. Slik undergraves personen selvbestemmelse og deltakelse, noe som vil være ødeleggende for en terapeutisk relasjon (Hanssen & Røkenes, 2012, s. 15). Vernepleieren partnerrolle skal jo fremme deltakelse og medvirkning (Brask, et al., 2016). Det at vernepleieren har mer makt i form av kompetanse og autoritet kan ytterligere være ødeleggende for terapeutisk relasjon (Schacht-Magnussen, 2015, s. 63). Dette fremkommer i alle studiene som er analysert, eksempelvis i Easter et al. (2015) hvor brukers mål i flere tilfeller ikke ble tatt på alvor (2015, s. 347-348). Å ha et bevisst og reflektert forhold til denne skjeve maktbalansen vil være en fordel når en skal legge til rette for en terapeutisk relasjon.

Empati indikerer også et egenperspektiv ved at en er bevisst ens holdninger, verdier, personlighet og livserfaring i relasjon med den andre. En lever seg inn i den andres verden samtidig som en er klar over sitt eget ståsted. (Schacht-Magnussen, 2015, s. 62; Hanssen og Røkenes, 2012, s.181) Å ha en bevisst og reflektert holdning omkring egne følelser krever i min erfaring, aksept og nysgjerrighet. Ved å anerkjenne og akseptere emosjonelle reaksjoner slik som sinne, irritasjon, frustrasjon og maktesløshet, og videre utvikle en nysgjerrighet over hva det er som gjør at en føler det slik er man et stykke på vei. Slik kan vernepleieren utvikle mer toleranse for

egne følelser som kanskje kan gjøre vedkommende i stand til å vedlikeholde en hensiktsmessig terapeutisk relasjon over tid. Også rammene på arbeidsplassen kan gjøre vernepleieren bedre i stand til å håndtere relasjoner som oppleves utfordrende. Helt konkret kan veilednings,- og refleksjonsgrupper gi mulighet til å sette ord på situasjoner som oppleves krevende. En får støtte og oppmuntring til å fortsette å håndtere relasjoner -og i utstrekning ens egne følelser (Schacht-Magnussen, 2015, s. 66).

For å oppsummere ser vi at det å legge til rette for en terapeutisk relasjon med mennesker med schizofreni kreve et bevist og reflektert forhold til seg selv og sine egne emosjoner, samtidig som en evner å leve seg inn i den andre gjennom andreperspektivet. Følelsesmessig involvering er utfordrende, men likevel nødvendig for å stimulere til en relasjon som er terapeutisk og som over tid kan gjøre personen med schizofreni friskere (Oterholt & Haugen, 2015, s. 21).

6.0 Konklusjon

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som ofte vil kreve langvarig og omfattende hjelp av tjenesteapparatet. Det finnes heller ingen virkelig effektiv behandling, samtidig som at brukeren har krav på et helhetlig og koordinert og verdig tjenestetilbud (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1a; §4-1b). Slik vil det være nødvendig å utforske ulike måter en person kan blir friskere og få økt livskvalitet. Kostnads- og effektiviseringsfokus som følger med New Public management resulterer i mer fokus på målbare praktiske prosedyrer og motsatt mindre tid til mindre målbare helsetjenester slik som relasjonsbygging. Dette vil være uheldig når forskning viser som vi har sett at stabile og vedvarende relasjoner er helt nødvendig for å oppnå tilfriskning fra en schizofrenidiagnose. Denne litteraturstudien underbygger dette. Flere av deltakerne ønsket nettopp å bli sett og forstått av tjenesteyteren.

Resultatet av litteraturstudien peker på at en vernepleier kan legge til rette for en terapeutisk relasjon ved å se mennesket bak diagnosen, være genuint interessert og omsorgsfull og legge til rette for selvbestemmelse. For å få til dette vil empati være nødvendig. Evnen til å leve seg inn i den andres verden vil skape en forståelse for hvem personen med schizofreni er, det vil bidra til en interesse og en omsorg for vedkommende og det vil kanskje gjøre det lettere å legge til rette for selvbestemmelse. Her vil det være en balansegang mellom å være følelsesmessig distansert ved å nærme seg vedkommende som et objekt med et «utenfra»-perspektiv til å følelsesmessig overinvolvere seg. Vernepleieren bør i en relasjonell tilnærming legge vekt på partnerrollen, hvor en sensitivt søker å oppfatte nyanser i relasjonen slik som kroppsspråk, tonefall og blikkontakt og slik fungere som en partner som oppfatter, forstår og som sammen med bruker kan finne måter å bli friskere på.

Til slutt belyser studien utfordringen det er å vedlikeholde en terapeutisk relasjon over tid. Tjenesteyteren kan risikere empatisk svikt som følger av følelsesmessig overveldelse i møte med bruker. Her vil det å ha et bevisst og reflektert forhold til sine egne emosjoner hjelpe. Ved å ha et avklart forhold til egne følelser kan det

tenkes at vernepleieren lettere kan håndtere de relasjonelle konfliktene som kan oppstå. Slik kan vernepleieren klare å stå i utfordrende relasjoner over tid og relasjonen kan bli terapeutisk.

7.0 Litteraturliste

- Altimir C., Capella C., Núñez L., Abarzúa M. & Krause M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts. *Journal of Clinical Psychology* 73 (11.), 1510-1522.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22525>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literary review in Health and Social Care: A practical guide* (3. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press. Hentet 28. mai 2021 fra <http://bookprice.uk/NO-Category/6753-Doing-a-Literature-Review-in-Health-and-Social-Care-A-Practical-Guide.html>
- Bergheim, B., Neumann, C. B., Rugkåsa, M. & Skotte, P. (2018). *Samarbeid og innsikt*. En innføring i prosjektbasert læring. Bergen: Fagbokforlaget
- Brask, O. D., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget
- Easter A., Wisdom J. P., Pope L. G., Pollock M., & Smith T. E. (2015). Perspectives of Treatment Providers and Clients with Serious Mental Illness Regarding Effective Therapeutic Relationships. *The Journal of Behavioral Health Service & Research* 43 (3.), 341–353. <https://doi.org/10.1007/s11414-015-9492-5>
- Easter A., Wisdom J. P., Pope L. G., Pollock M. & Smith T. E. (2013). Disengagement from care: perspectives of individuals with serious mental illness and of service providers. *Psychiatric service* 64 (8) 770-5.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200394>
- Engedal K. & Engelstad Snoek, J. (2017). *Psykiatri. For helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Gaillard, L. M., Shattell, M. M. & Thomas, S. P. (2009). Mental health patients' experiences of being misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurse Association*, 15 (3), 191-199.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200394>

- Gilbert, S. & Haugsgjerd, S. (2015). Noen refleksjoner ved et 25-årsjubileum. I F. Oterholt & G. B. Haugen (red.), *Mening og mestring ved psykoselidelser* (s. 17 -27). Oslo: universitetsforlaget
- Harris B. A. & Panozzo G. (2018). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing* 33(1.), 104-111.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
- Hanssen, P-H. & Røkenes, O. H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Jung E., Wiesjahn M., Lincoln, T. M. & Rief W (2015). Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*. 54 (1.), 34-48. <https://doi.org/10.1111/bjc.12059>
- Linde, S., Nordlund, I. & Thronsen, A. & (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mandelid, L. J. (2015). Pragmatisk psykoterapi. I F. Oterholt & G. B. Haugen (red.), *Mening og mestring ved psykoselidelser* (s. 82–99). Oslo: Universitetsforlaget
- Martin, B., Costa H. & Franck, N. (2020). Determinants of Therapeutic Alliance With People With Psychotic Disorders: A Systematic Literature Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(4), 329-339.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001125>
- Møller, P. (2018). *Schizofreni – en forstyrrelse av selvet. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Schacht-Magnussen, C. (2015). Relationsarbejde i praksis, om relationen som terapi. I F. Oterholt & G. B. Haugen (red.), *Mening og mestring ved psykoselidelser* (s. 51–67). Oslo: universitetsforlaget
- Skre, I. B (2020). Terapi. I E. Hem. (red.). *Store Norske Leksikon*. Hentet 14. mai 2020 fra <https://snl.no/terapi>

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

Statens helsetilsyn (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.