



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Schizofreni og relasjoner

Schizophrenia and relations

Færøy, Roger og Magnus Flytøren

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 18.05.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Sandra Marie Weltzien

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 18.05.2022

Antall ord: 8606

Forord

«Kriser er blant de viktigste og mest avgjørende opplevelser vi har. Vi kan bli helt og endelig knust av dem, eller vi kan slite oss gjennom en vond vei gjennom dem og så vidt berge stumpene av vår tilværelse for så å gå videre. Vi kan etter en vanskelig tid til og med vokse på og berikes av krisen. Men hvordan enn utfallet omsider blir, er kriser alltid vonde, desorienterende og farlige» (Ken Heap; Eide og Eide, 2007: 166).

Tusen takk til venner, familie og kolleger for deres tålmodighet og innspill gjennom arbeidet med denne oppgaven. Dette arbeidet har krevd mye av oss, men også av dere. Takk til våre barn for forståelse gjennom hele studiet. Til slutt vil vi takke vår veileder, Sandra, for at du har vært tilgjengelig gjennom skriveprosessen, og for at du alltid har løftet oss når vi har stått fast. Uten diskusjonene og engasjementet vi har hatt sammen, og tryggheten du har gitt oss hadde vi ikke blitt like fornøyd med denne besvarelsen.

Magnus og Roger

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven har som mål å belyse hvordan vernepleiere kan skape gode relasjoner til mennesker med schizofreni. Vi har valgt å disponere oppgaven på følgende måte: Innledningsvis vil tema for oppgaven bli presentert, samt bakgrunn for valg av tema. Her vil det bli redegjort for diagnosen schizofreni, forekomst og sykdomsbilde. Videre har vi tatt for oss formålet med oppgaven, og vernepleiefaglig relevans. Problemstilling vil så bli presentert, med begrunnelse, avgrensning, og redegjørelse for vår forforståelse. I påfølgende teorikapittel beskrives Røkenes og Hanssens (2012) kommunikasjons- og relasjonsmodell som senere vil bli brukt som teoretisk ramme for diskusjon av oppgavens resultater. Deretter presenterer vi litteraturstudie som metode for oppgaven, hvor vi redegjør for metoden, søkestrategi, utvelgelse av litteratur og vurdering av gyldighet og relevans. Relevante funn fra litteraturen vil så bli presentert, før disse blir diskutert og drøftet opp mot problemstillingen i lys av teori. Her trekker vi frem studier som viser hvordan tillitt og åpenhet bygger relasjoner og hvordan vernepleiers anerkjennende holdninger, (for)kunnskaper, fordommer og refleksjonskompetanse påvirker relasjonsbyggingen.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Formål med oppgaven og vernepleiefaglig relevans	3
1.3	Presentasjon av problemstilling	4
1.4	Forforståelse	4
1.5	Begrepsavklaringer	6
1.5.1	Relasjon.....	6
1.5.2	Kommunikasjon	6
1.5.3	Relasjonskompetanse	6
1.5.4	Psykose.....	6
1.5.5	Psykatri.....	7
1.5.6	Hallusinasjon.....	7
2.0	Teoretisk ramme	7
3.0	Metode	9
3.1	Validitet, reliabilitet og kildekritikk.....	11
4.0	Resultat	12
4.1	Relasjon til fagfolk.....	12
4.2	Terapeutrollen belyst ved studenterfaring.....	12
4.3	Erfaring i relasjonsbygging	13
4.4	Bli sett og forstått.....	14
4.5	Hjelpsomme relasjoner.....	15
4.6	Likeverdig samarbeid.....	15
4.7	Kunnskap og innsikt.....	16
4.8	Non-verbal kommunikasjon.....	16
4.9	Holdninger.....	17
5.0	Diskusjon	18
6.0	Avslutning	23
6.1	Oppsummering.....	23
6.2	Konklusjon	24
6.3	Refleksjon	24
7.0	Litteratur	26
8.0	Vedlegg 1	28

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis kan schizofreni anses som den formen for psykose som er vanligst (Snoek og Engedal, 2000). De aller fleste som blir diagnostisert med denne lidelsen er fra alderen 18-28 år, men debut i 40-50-årsalderen kan forekomme. Debut av diagnosen før 18-årsalderen kaller man for *tidlig debut*. Om en har debut før 13-årsalderen kalles dette for *svært tidlig debut*. Det er like mange damer som menn som blir rammet, og lidelsen fører ofte til at personen blir uføretrygdet (Snoek og Engedal, 2000: 70). Aarre, Bugge og Juklestad (2009: 58) skriver at schizofreni er den mest alvorlige blant psykiske lidelser. Den begynner som oftest tidlig i livet (tidlig debut eller svært tidlig debut) og er ofte kronisk, som kan medføre at livskvaliteten forringes på grunn av nedsatt funksjonsevne.

Ifølge World Health Organization (WHO) (2000) kjennetegnes schizofrene lidelser ved fundamentale og merkbare endringer som rammer tenking og persepsjon, samt avflatet eller inadekvat affekt. En kognitiv svikt kan utvikles over tid, men bevissthet og kapasitet er stort sett opprettholdt. Schizofreni rammer vanlige funksjoner som gir mennesker opplevelser av egenart og mening. Følelser, handlinger og tanker kan oppleves som kjent, eller delt av andre. Vrangforestillinger er vanlig for mennesker med schizofreni, og disse utvikler seg ofte på den måten at personen mener at overnaturlige og naturlige krefter forstyrrer tanker, men også handlinger som kan virke bisarre, gjerne ved at personen føler seg som et midtpunkt for det som skjer. Hallusinasjoner er vanlig, og kan påvirke personens tanker og atferd. Andre ting, som persepsjon, kan være påvirket og oppleves forstyrrende. For eksempel kan lyder virke overdrevent sterke eller endret. På et tidlig stadium kan rådløshet oppstå. Dette fører til at personen kan tro at vanlige situasjoner i hverdagen har en spesiell og truende betydning som bare rammer personen selv. I den forstyrrende tenkingen til personer med denne lidelsen blir uviktige trekk fremhevet og brukt i situasjoner, i stedet for viktige trekk som personen vanligvis ville brukt i den gitte situasjon. Tenkingen blir uklar og vag, og i vanlig tale kan tenkingen være vanskelig å forstå. Utviklingsforløpet varierer fra person til person, men er ikke kronisk uunngåelig. Andel av tilfeller varierer mellom folkeslag og kulturer, og det er ingen kjønnsforskjeller når det kommer til insidens, men debuten inntreffer vanligvis senere hos kvinner enn hos menn (WHO, 2000: 82-83).

I dag forklares schizofreni ut fra en stress-sårbarhetsmodell. En slik forklaringsmodell innebærer at det foreligger en medfødt sårbarhet hos de som blir syke. Når de utsettes for større påkjenninger enn de kan hanskes med, oppstår det realitetsbrist eller andre psykotiske symptomer. Den medfødte sårbarheten kan vi ikke gjøre så mye med, men vi kan forsøke å redusere stresset som presser pasientens psykiske forsvarssystemer (Snoek og Engedal, 2000: 74).

Snoek og Engedal (2000: 70) skriver at det er fire grunnsymptomer ved Schizofreni. Disse kalles for assosiasjonsforstyrrelse, autisme, affektavflating og ambivalens. I tillegg er det 10 viktige symptomer en må ha for å kunne stille diagnosen Schizofreni. Disse er følgende: tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner/sansebedrag, unormale reaksjoner på følelsene, forstyrrelser i konsentrasjon, unormalt stemningsleie, isolering/tilbaketrekning av kontakt, tiltaksløshet, identitetsproblemer og mangel på innsikt i sykdomsbildet (Snoek og Engedal, 2000: 73). Symptomene er delt inn i to kategorier som kalles for positive- og negative symptomer. De positive symptomene er de som er observerbare for andre. Dette er symptomer som vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, hallusinatorisk atferd, uro/agitasjon, storhetsideer, mistenksomhet/forfølgelsesideer og fiendtlighet. De negative symptomene er de som nødvendigvis ikke alltid er synlig for andre. Disse symptomene er affekt matthet, følelsesmessig tilbaketrekning, sparsom emosjonell kontakt med andre, passiv/apatisk sosial tilbaketrekning, problemer med abstrakt tenkning, mangel på spontanitet og ledighet i samtale, samt stereotyp tenkning (Snoek og Engedal, 2000: 72).

Når mennesker med schizofreni hallusinerer blir den fordreide virkelighetsoppfatningen som oftest tydelig for menneskene rundt personen. Personen diagnostisert med denne lidelsen kan se eller høre det andre rundt ikke kan. Det personen ser kan virke bisart og skremmende. Ved Schizofreni er hørselshallusinasjoner den mest vanlige formen for hallusinasjon, og disse har som oftest nedlatende karakter. De stemmer personen hører er ofte nedsettende og krenkende, som fører til at personen føler at noen ønsker hen vondt. Personen vil da ofte bli paranoid som gjør at hen vil forsvare seg. Personen kjenner ofte lukter som andre rundt ikke oppfatter og dermed kan få en oppfattelse av at andre vil forgifte personen, maten smaker unormalt i forhold til hva den pleier, og huden kan for eksempel føles som at den er angrepet av små insekter. Synshallusinasjoner kan også forekomme, men

dette er mest vanlig i forbindelse med rus eller psykiske lidelser etter alvorlige episoder tidligere i livet som kan gi traumer. Et annet symptom som er verdt å nevne er tanke- og assosiasjonsforstyrrelser – tanker kan ofte spinne på samme måte som ofte kan skje når man drømmer (Snoek og Engedal, 2000: 71).

På grunn av lidelsens tankeforstyrrelser og kognitiv svikt kan den generelle forståelsen svekkes og man kan anta at dette bidrar til at det kan være vanskelig å knytte bånd. Mennesket med schizofreni blir lettere distrauert enn andre og da oppnår en ikke alltid kontakt. Konsekvensen av dette er at tjenesteytere kan tro at personer diagnostisert med denne lidelsen ikke er interessert og er uoppmerksom (Ververda, Kornkåsa, Bjørntvedt og Egrem, 2013). Forskning som er gjort på temaet har vist at mange psykiatriske pasienter har utfordringer med å knytte langvarige bånd til andre mennesker, og Borge m.fl. (2001) fremhever da at ansattes aktive rolle har en stor betydning i bygging av relasjoner (Ådland og Alsaker, 2006: 78). I arbeid med denne oppgaven har vi likevel erfart at det foreligger lite forskning som spesifikt undersøker betydningen av relasjon i samhandling med mennesker med lidelsen schizofreni.

1.2 Formål med oppgaven og vernepleiefaglig relevans

Med bakgrunn i informasjonen over, framtrer spørsmål om hvordan vi som vernepleiere kan skape gode relasjoner med og for mennesker diagnostisert med lidelsen schizofreni. En kan anta at ansvaret ikke hovedsakelig ligger hos menneskene som har diagnosen, og vi tenker det er viktig at vi som profesjonelle fagpersoner prøver å fremme, og bygge gode relasjoner med og for disse menneskene.

Vi ønsker å bruke bacheloroppgaven til å fremme et viktig tema, og ønsker mer kunnskap på et fagområde som interesserer oss og der det foreligger lite forskning på nåværende tidspunkt. Vi tenker også at den kunnskapen vi opparbeider oss gjennom dette arbeidet vil ha overføringsverdi til andre yrker. Kunnskapen vi tilegner oss i besvarelsen av denne oppgaven, er kunnskap som vi ser på som relevant å ta med oss til vårt daglige arbeid.

Temaet for oppgaven har vernepleierfaglig relevans med bakgrunn i vår helse- og sosialfaglige utdanning jf. rammeplan for vernepleierutdanning (2005) som sier følgende:

Formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester. (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005: 4).

Mennesker med schizofreni kan ses på som mennesker med psykiske, og sosiale funksjonsvansker, som kan ha vansker med å knytte relasjoner til andre mennesker. Gitt vår bakgrunn fra utdanningen kan det tenkes at vi her kan gjøre en forskjell, eller rette fokus mot temaet.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Mange vernepleiere og andre yrkesgrupper jobber med mennesker som lider av ulike psykiske lidelser. Forskning indikerer at schizofreni er den formen for psykose som er vanligst. Schizofreni er en alvorlig og komplisert lidelse som vernepleiere og andre tjenesteytere kan møte i yrkespraksis. Ofte kan denne lidelsen medføre utfordringer i kommunikasjon og bygging av relasjoner. Dette har ledet oss til følgende problemstilling:

Hvordan kan vernepleiere skape gode relasjoner til mennesker med schizofreni?

Denne problemstillingen tar et utgangspunkt i hvordan en kan skape relasjoner. Vi har avgrenset oss til å fokusere på voksne mennesker over 18 år da det er få som blir diagnostisert med lidelsen tidlig og har «svært tidlig debut».

1.4 Forforståelse

Vi har begge noe erfaring med å jobbe med psykisk syke mennesker og da også mennesker med diagnosen schizofreni. Vi opplever at det kan være svært utfordrende å leve med denne diagnosen. Symptomene kan gjøre det vanskelig for dem å kommunisere og forholde seg til andre mennesker på en tilfredsstillende måte og dette kan gjøre det vanskelig for andre å forholde seg til dem. Hvordan sykdommen utarter seg, oppleves som varierende fra person til person, og noen lever tilsynelatende bedre med diagnosen enn andre. Schizofreni er en svært alvorlig sykdom som kan medføre store utfordringer i forbindelse med samhandling

og bygging av relasjoner. Likevel opplever vi at det er lite forsket på dette området. Er det noe vi som profesjonelle kan bidra med for å utgjøre en forskjell i våre møter med disse menneskene, eller kan vi hjelpe andre i sitt arbeid?

Ut ifra litteratur vi har lest kan vi på mange måter si oss enig i det som er beskrevet, med bakgrunn i at det som kommer frem i teorien samsvarer med vår oppfattelse av lidelsen schizofreni. Vi mener at man har med seg egen forforståelse hele tiden, som kan påvirke arbeidet en gjør og måten en tilegner seg kunnskap om temaet på. Dette fordi man hele tiden bærer med seg et «bilde» av hvordan teorien er, med bakgrunn i det man selv har opplevd i egen yrkesaktivitet. Dette kan selvfølgelig være med på å påvirke både søk, utvalg av litteratur og oppgaven som helhet, men vi har kontinuerlig arbeidet for å forholde oss åpne for nye teorier og fagstoff som ikke var oss kjent. Vi har i arbeidet med denne oppgaven erfart at det skrives forskjellige ting om denne sykdommen. Dette har ført oss til å stille spørsmål, både ved informasjon som støtter og går imot det vi selv har oppfattet og tenkt tidligere. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vår forforståelse gjort oss oppmerksom på ny kunnskap som vi ikke har tenkt på tidligere, men som vi kan identifisere oss med nå.

Det å forstå, er for den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer ikke en aktivitet en selv velger å gå inn i eller ikke. Gadamer (1960/2010: 313) utdyper at forståelse er en ubevisst forforståelse av før-oppfatning. Han sier at det er på bakgrunn av noe vi allerede forstår, som kan gi mening for oss. Innen vår sosiale og kulturelle tradisjon forstår og fortolker vi meninger i en historisk kontekst, og dette er en betingelse for at det i det heletatt skal være mulig å forstå. Gadamer (1960/2010: 313) mener at vår forståelse forringes av oppfatninger og førforståelser som er brakt til oss gjennom den historiske tradisjonen vi lever i (Gadamer, 1960/2010: 313, gjengitt i Thomassen, 2020: 169). Thomassen (2020: 169) peker på at det i utgangspunktet er vår forforståelse som gjør at det blir mulig at det vi erfarer gir mening for oss. Vår forståelse kan på et vis ha påvirket denne oppgaven, enten i positiv eller negativ retning. Vår forforståelse i starten på denne oppgaven baserer seg for det meste på våre egne opplevelser og erfaringer, en aktiv yrkeskarriere over flere år, og interesse for temaet. Vi har begge erfaringer med å jobbe med mennesker med schizofreni, hvor en av oss har noe mer erfaring enn den andre. Likevel har vi begge en opplevelse av hvorvidt relasjon har en betydning for samhandling med den som har diagnosen schizofreni og vil si at det også er bakgrunnen for denne oppgaven.

1.5 Begrepsavklaringer

1.5.1 Relasjon

Begrepet relasjon kommer av det latinske ordet relatio. Relatio vil egentlig si at to gjenstander er forbundet med hverandre. I dagligtale kan man si at begrepet relasjon anvendes for å beskrive forbindelsen, forholdet eller kontakten mennesker har med hverandre. Begrepet relasjon kan for eksempel brukes om en hjelpers forhold til bruker, pasient, kollegaer eller pårørende (Eide og Eide 2007: 17).

1.5.2 Kommunikasjon

Eide og Eide (2007: 17) skriver at en enkel definisjon på begrepet kommunikasjon vil kunne være «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter». Opprinnelig kommer ordet fra latin og betydningen av å gjøre noe felles, ha forbindelse med eller involvere en annen i. I det daglige språket vil kommunikasjon kunne brukes om eksempelvis samtaler mellom personer eller internett chatting. Eide og Eide (2007) påpeker videre at for å oppnå god kommunikasjon, avhenger av at man har satt seg inn i en gitt situasjon på forhånd. Nonverbal kommunikasjon, kan også være en kommunikasjonsform. De nonverbale tegnene må fortolkes (Eide og Eide, 2007: 16).

1.5.3 Relasjonskompetanse

Røkenes og Hanssen (2012) skriver at relasjonskompetanse handler om det å forstå, men også det å samhandle med de personene en møter i yrkessammenheng på en god måte. For eksempel vil en relasjonskompetent person prate med andre mennesker på en måte som oppleves som meningsfull for den andre, og som ikke krenker noen.

1.5.4 Psykose

Aarre, Burre og Juklestad (2009: 57) definerer psykose som «en sinnstilstand med svekket virkelighetsoppfatning». Dette gir seg utslag i forstyrret persepsjon, som er den tankemessige bearbeidelsen av sanseinntrykk, eller tenkning (Aarre, Burre og Juklestad 2009: 57).

1.5.5 Psykiatri

«Psykiatri er fagdisiplinen som forsker på, diagnostiserer og behandler psykiske lidelser, og hører i likhet med somatisk medisin inn under den medisinske vitenskap» (Helgesen 2017: 251).

1.5.6 Hallusinasjon

NHI (2019) skriver at en hallusinasjon kan kjennes igjen som en sanseopplevelse, selv om den ikke er påvirket av noe som påvirker sansene. For eksempel kan en da høre stemmer, lukte, eller se ting som ikke har rot i virkeligheten. Den som hallusinerer er ofte ikke klar over at det den ser, lukter eller hører ikke er virkelig.

2.0 Teoretisk ramme

Røkenes og Hanssen (2012) beskriver i sin kommunikasjons- og relasjonsmodell at det er fire perspektiver for kommunikasjon: intersubjektiv tenking, fenomenologi, systematisk relasjonstenking og hermeneutikk. I tillegg beskrives det fire grunnleggende perspektiver som en situasjon kan oppleves fra. Dette være seg egenperspektivet, andreperspektivet, det intersubjektive opplevelsesfellesskapet, og samhandlingsperspektivet (Røkenes og Hanssen, 2012). Perspektivene i seg selv er grunnleggende for alle typer kommunikasjon og samhandling. Fra egenperspektiv handler kommunikasjon og samhandling om hvordan vi ser verden ut ifra egne erfaringer, holdninger og kunnskaper. I andreperspektivet må vi forholde oss til hvordan andre ser på verden. I samhandlingsperspektivet handler det om det å forstå en samhandlingsprosess, og hvilken relasjon partene har. I det intersubjektive opplevelsesfellesskapet handler det om å skape et opplevelsesfellesskap. Dette gjør en ved å med-dele egne erfaringer til hverandre, samt arbeide for å gjøre andre sider av vår egenverden til noe felles (Røkenes og Hanssen, 2012).

Når det er en gjensidig påvirkning mellom mennesker, vil det oppstå en relasjon. Med dette menes at det den ene personen sier eller gjør, kan påvirke den andre (Vaglun, 2005: 18-19). Ifølge Røkenes og Hanssen (2012: 180) er det tre forhold som spiller inn når en skal utvikle en god relasjon. Den ene er væremåte, den andre er empati, og den tredje er anerkjennelse. En del av den profesjonelle rollen er å vurdere vår væremåte og stil, om denne hindrer eller fremmer en god relasjon. Enkelte sider ved vår væremåte er det viktig å reflektere over som

profesjonell yrkesutøver i møte med mennesket man skal hjelpe. Væremåten vår kan for eksempel handle om at vi er imøtekommende og at vi signaliserer trygghet. Videre kan det handle om vennlighet, interesser, ekte i mimikk og levende, med blikk og gester (Røkenes og Hanssen, 2012: 180-181).

Røkenes og Hanssen (2012) skriver at empati kan handle om innlevelse i andres indre og subjektive opplevelser. Empati er en tilstand med følelsesmessig nærhet, men samtidig avstand og avgrensning. Ved empati forstår man den andre uten at for eksempel tristheten til den andre trenger å være en gjensidig følelse. Empati retter seg i første rekke mot de følelsesmessige kvalitetene ved det som formidles eller oppleves (Røkenes og Hanssen, 2012: 182). Ved at man som profesjonell hjelper er anerkjennende, vil dette muliggjøre den man hjelper å føle trygghet til hva klienten måtte fortelle, uansett hvilke følelser personen viser. Ifølge Røkenes og Hanssen (2012) vil ikke personen kunne dele det den måtte ha behov for. Dette kan bare gjøres ved at den profesjonelle speiler forståelse av det klienten må ha behov for å fortelle. En anerkjennende holdning kan karakteriseres ved at man stadfester og /eller bekrefter det den andre opplever, hvor det følelsesmessige er sentralt. Man må ha respekt for selvet til den andre, samtidig som en godtar at man er forskjellig og har forskjellig oppfattelse av ting. Ved å være anerkjennende er man åpen og aksepterende, man er nær, samtidig som klarer å holde distanse til det som ikke angår oss personlig (Røkenes og Hanssen, 2012: 191).

En relasjon er mer viktig enn det som blir sagt og det som blir gjort. Når det oppstår en trygg relasjon mellom hjelper og hjelpemottaker kan hjelperens dirkede kommentarer, som kan virke kritiske og ærlig, bli mottatt og vurdert som hjelp og/eller omtanke. Om relasjonen ikke er like god kan nøyaktig samme kommentarer bli forstått som sarkasme eller avvisning (Røkenes og Hanssen, 2012: 178). Røkenes og Hanssen (2012: 19) forteller at relasjonen skal kunne bære den hjelpen man gir samtidig som det å være i en relasjon i seg selv er en hjelp.

3.0 Metode

Dalland (2012: 111) sier at metoden viser oss hvordan vi bør gå fram for å tilnærme oss eller utprøve kunnskap. Metode kan beskrives som et hjelpemiddel en kan lene seg på for å løse problemer og tillære seg ny kunnskap på. Hva en måtte benytte seg av som tjener formålet en skal utprøve, hører hjemme i arsenalet av de metoder som finnes (Dalland, 2012: 111). Tranøy (1986: 127) sier at «å være vitenskapelig er å være metodisk». I vår argumentasjon vil det å følge intellektuelle standarder være metodisk i vitenskapelig forstand (Dalland, 2012: 50). I vår bacheloroppgave har vi benyttet metoden *kvalitativ litteraturstudie* for å svare på problemstillingen vår. Med en kvalitativ metode menes det å oppdage opplevelser og meninger som en ikke kan tallfeste. Kvalitativ metode kan bidra til et bedre forståelsesgrunnlag i og rundt det samfunnet vi lever i den dag i dag (Dalland, 2012: 112).

Basert på problemstillingen ble det utført litteratursøk i databasen Oria. Bakgrunnen for bruk av Oria som søkemotor, er hovedsakelig at denne er anbefalt av biblioteket på Høgskolen i Molde, og beskrives som en kvalitetssikker søkemotor. Videre ble det gjennomført søk i Google Scholar og Google. Søk er gjennomført på norsk. Begrunnelsen for dette er at vi er interessert i å fordype oss i temaet her i Norge, og ikke ellers i verden, og på denne måten avgrenset det søket. Søkord som er brukt er variasjoner og kombinasjoner av «Schizofreni», «Schizofren», «Relasjon», «Psykisk», «Relasjoner», «Samarbeidsrelasjoner», og «Psykisk helse». Søkene er gjennomført med enslige ord, men også med ordene i kombinasjoner. Vi avgrenset oss til artikler utgitt etter årstall 2010, og vi begrunner dette med at vi ønsker forskning på temaet fra nyere tid, fordi forskningen kan ha endret seg opp igjennom årene, og dette vil være en avgrensning i seg selv. Den eldste inkluderte artikkelen er fra 2010, og den nyeste fra 2021. Ved å forholde oss til nyere utgivelser mener vi at oppgavens innhold er i samsvar med kunnskap om temaet er per dags dato. Et annet eksklusjonskriterie er at studier med barn under 18 år er utelukket. Se Tabell 1 for oversikt over database, søkeord og treff.

Søk	Søkestrategi	Treff	Potensielt relevant	Inkludert
Oria				
1	(schizofren*)	3945	(Ikke vurdert grunnet høyt antall treff)	
2	(relasjoner*) AND (psykisk)	594	(Ikke vurdert grunnet høyt antall treff)	
3	(schizofren*) AND (relasjon*)	226	21	1
4	(Relasjoner*) AND (Psykisk*)	676	(Ikke vurdert grunnet høyt antall treff)	
5	(Relasjoner*) AND (Psykisk*) + fagfelleverdert	65	15	2
Google Scholar				
1	Relasjon + schizofreni + kommunikasjon	1950	(Alle treff ble ikke vurdert grunnet høyt antall treff)	0*
Totalt				3

Tabell 1. Oversikt over database, søkeord, treff og endelig antall inkluderte artikler.

Titler og sammendrag fra potensielle artikler ble gjennomgått. Artikler vurdert som relevante ble lastet ned og gjennomlest. Litteratur som ikke møtte inklusjonskriteriene, eller som viste seg å ikke være relevant for å belyse vår problemstilling, ble ekskludert. * Litteratursøket i Google Scholar resulterte i funn av en relevant bacheloroppgave (Halvorsen, 2020). Gjennomgang av litteraturlisten i denne oppgaven førte til inkludering av tre ytterligere artikler. Relevant pensumlitteratur ble videre vurdert. Etter grundig

bearbeiding og kritisk gjennomgang har vi inkludert (6 antall artikler, og 1 kapittel) fra fagbok. Se Vedlegg 1 for liste over inkludert litteratur.

3.1 Validitet, reliabilitet og kildekritikk

Dalland (2012: 52) skriver at validitet kan defineres som gyldighet og relevans. Det betyr at det som skal undersøkes av litteratur må være relevant og gyldig for problemstillingen. Reliabilitet defineres ifølge Dalland (2012: 52) som pålitelighet. I vår oppgave og i de søk vi har foretatt har vi vurdert validiteten av lesestoffet og mener den inkluderte litteraturen har relevans i forhold til vår oppgave og problemstilling. Vi har vurdert stoffet ut ifra om det handler om det vi ønsker å finne ut av, altså validiteten, og hvem, hvor og når det er skrevet. Dalland (2012: 67) forteller at kildekritikk handler om de metoder man bruker for å finne ut om en kilde er troverdig. For å gjøre dette er en nødt til å nøye vurdere de kildene som er brukt. Leth og Thurén (2000) forteller at kildekritikk er et begrep en benytter seg av når en skal skille opplysninger fra spekulasjoner (Dalland, 2012: 67). Det finnes to sider ved kildekritikk. Den ene siden handler om at en får hjelp til å lete frem den litteraturen som kan belyse problemstillingen best mulig. Den andre siden handler om å redegjøre for den litteraturen vi har valgt å benytte i vår oppgave (Dalland, 2012: 68). Vi benytter i vår oppgave pensum, fagbøker og artikler som vi etter vår kritiske vurdering mener har gyldighet og relevans. Oppgaven baserer seg hovedsakelig på litteratur funnet på Oria. Det ble benyttet tilgjengelige filtre i Oria for å avgrense søket til å kun vise treff fra fagfelleverderte artikler. Vi ekskluderte studentoppgaver som er skrevet om temaet, da vi mener disse ikke kan regnes som pålitelige kilder.

4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres funn fra de syv inkluderte artiklene og bokkapitlene. Litteraturen er kategorisert under ulike delkapittel, basert på tema og innhold.

4.1 Relasjon til fagfolk

I boken *Psykisk helsearbeid i nye sko*, viser Ådland og Alsaker (2006) til flere intervjuer av beboere, gjort i forbindelse med flere evalueringsstudier, gjennomført i løpet av 2002. Kapittelet i boken gjengir oppsummeringer av resultatene fra disse studiene. Brukerne forklarte der at relasjonen til de ansatte kan oppleves som viktig, samtidig uttrykkes det at det kan oppleves et skjevt maktforhold (Ådland og Alsaker, 2006). Ifølge Grimen (2001; Ådland og Alsaker 2006: 79) er det «en klar sammenheng mellom makt og tillit». Jette Fog (1997) uttrykker seg gjennom begrepet “valgt asymmetri”, som vil si at bruker søker hjelp ved å hengi seg til personalet (Ådland og Alsaker 2006: 79). Ådland og Alsaker (2006: 79) kaller dette en back-up-rolle. For å føle trygghet og forutsigbarhet i sin hverdag, er en slik rolle essensiell for beboerne i et bofellesskap. Opplevelsen av forståelse fra de profesjonelle følte som veldig viktig for beboerne som er diagnostisert med en form for psykiske lidelser, samtidig som den kan fungere som et hinder i kontakt med andre grupper som vil være naturlig å søke til. Denne informasjonen er hentet fra et intervju som ble gjennomført av Ådland i 2002, men brukt i bokkapittelet i Ådland og Alsaker (2006).

4.2 Terapeutrollen belyst ved studenterfaring

Møyner (2016) sin artikkel omhandler fysioterapistudenters erfaringer med å være treningskontakter for mennesker med psykiske lidelser. Det oppleves at psykisk syke som kommer ut fra behandlingstilbud blir passive og inaktive igjen etter utskrivning. Formålet med prosjektet var å øke fysioterapistudenters erfaringer med psykisk syke ved å opprette en treningskontraktordning som praksis. Det ble gjennomført 3 gruppeintervjuer, hvor gruppene var fordelt på 2, 2 og 5 deltakere. Alle som ble intervjuet var studenter. Studentene opplevde det som lærerikt å få selvstendig behandleransvar, men at det var utfordrende å forholde seg til mennesker i psykose. Noen av studentene gav uttrykk for å være redde. De dro nytte av å bruke Schibbys refleksjons-refleksivitet, som går ut på å gi ny innsikt og ny forståelse av seg selv, som kan være sentral i en yrkesutøvelse. Studentenes forforståelse ble

påvirket av allmenn og teoretisk kunnskap om psykiske lidelser. Her viste det seg at flere av studentene hadde inntrykk av at de skulle møte pasienter som var i «sin egen verden». Studentenes begrensede kunnskap kunne oppleves som en fordel, for pasientene opplevde studentenes usikkerhet, og fikk en opplevelse av likeverd og tillit. Det ble en allianse mellom studenten og pasienten der de opplevde en gjensidig avhengighet av hverandre; pasienten fikk en mer aktiv hverdag ved å trene med studenten, mens studenten trengte pasienten til å stille opp for å få godkjent praksis.

Artikkelen diskuterer verdien av relasjoner mellom studentene og pasientene, og hvordan det er viktig å ha en god relasjon, men samtidig ha nok avstand, grunnet etikk rundt forholdet mellom pasient og terapeut, som kan beskrives med å være bevisst på relasjonen ikke blir for tett, at man blir sett på som en vanlig venn. Hvordan de opplevde at pasientene ikke holdt avtaler og hvordan de skulle forholde seg til dette. De måtte finne balansen mellom å være personlig og profesjonell. Studentenes manglende erfaringer gjorde at de stilte krav om aktivitet til pasientene som de ikke var vant til. Men ved å gjøre dette med en ikke-dømmende holdning førte det til en følelse av likeverd for pasientene. Dette kunne styrke pasientens selvfølelse og mestring. Videre beskrives studentenes erfaringer med pasienters urealistiske mål for treningen, men også at pasientene kunne klare mer enn de trodde, og at studentene opplevde det som vanskelig å tolke tilbakemeldingene fra pasientene, fordi de sprikte i forhold til opplevelsen av anstrengelsene som ble observert. Studentene erfarte at det kunne være betydningsfullt for pasientens hverdagsliv, å bare møte opp og ha lett aktivitet, og at relasjonen mellom student og pasient, var verdifull i seg selv for pasienten. Når en yrkesutøvelse blir mer akademisk og hvor det legges vekt på evidensbasert kunnskap, kan relasjonene mellom terapeuter og pasienter stå i fare for å bli sett på som mindre viktig (Møyner, 2016).

4.3 Erfaring i relasjonsbygging

I en studie gjort av Karlsson, Borg, Ogundipe, Sjøfjell og Bjørlykhaug (2017) ble det foretatt intervjuer av brukere som totalt utgjorde 26 deltakere, hvor 17 var kvinner og resterende menn som jevnt over hadde god aldersspredning. I studien har forfatterne utforsket positive erfaringer fra brukere som har fått hjelp av såkalte erfaringsmedarbeidere. Erfaringsmedarbeidere kan være både høyt og lavt utdannet, noen har hatt mer problemer enn andre, noen er lønnet, og andre er ulønnet (Karlsson og Borg m.fl., 2017).

Erfaringsmedarbeidere som forbilder, og gjerne håpsbærere (Karlsson og Borge m.fl., 2017:2). I studien nevnes det at den erfaringen erfaringsmedarbeiderene sitter på, er kunnskap som kan være med å skape en fellesskapsfølelse for brukere, men også pårørende, nettopp fordi denne personen kjenner systemet både som bruker av den selv, men også som ansatt (Karlsson og Borg m.fl., 2017; Jensen & Weber, 2016).

Repper og Carter (2011) påpeker at erfaringsmedarbeidere kan bidra til å etablere flere og nye relasjoner, som igjen er med på å gi økt sosial deltakelse (Karlsson og Borg m.fl., 2017: 4). Brukere som mottar hjelp fra medarbeidere med erfaring kan se på de som rollemodeller som kan være med på problemløsninger, sosial fungering, men også vanlig praktisk bistand nevnes som sentralt i denne hjelpen (Resnick og Rosenheck, 2008; Karlsson og Borg m.fl., 2017: 4).

Det finnes både positive og negative sider med det å samarbeide med erfaringsmedarbeidere. Det negative som blir trukket frem i studien til Karlsson og Borg m.fl. (2017) er at grensesetting ved relasjonsbygging fort kan bli krevende, spesielt når samarbeidet en erfaringskonsulent og en bruker har utviklet seg til å kunne bli et vennskap. Det kan ses på som en må unngå å komme for nær brukeren som erfaringsmedarbeider, og Repper og Carter (2011) forteller at det vil være vanskelig å opprettholde en relasjon som fungerer når slike ting oppstår (Karlsson og Borg m.fl., 2017: 5). Det positive er at erfaringsmedarbeidere ofte kan gi brukere økt selvstendighet og myndighet. Dette kan bidra til at man som bruker blir mer sosial, man deltar på mer enn før en fikk hjelp, samt at mange sitter igjen med en følelse av at man blir bedre forstått, noe som også kan ses på som det å bygge gode relasjoner (Karlsson og Borg m.fl., 2017).

4.4 Bli sett og forstått

I studien gjort av Karlsson og Borg m.fl. (2017) påpekes det at mange brukere opplever forståelse, men også tillitt i møte med erfaringsmedarbeidere. Brukerne i studien mener å savne tillit i møte med profesjonelle fagfolk (Karlsson og Borg m.fl. 2017). Karlsson og Borg m.fl. (2017) påpeker videre at erfaringsmedarbeidere bidrar til å skape forutsetninger for samarbeid. Relasjonen blir her preget av likeverd, engasjement og at man er fleksibel. Noe som er med å skape relasjonen her er at brukerne blir møtt med en støttespiller som er

lydhør, som viser interesse, og som kan gi oppmuntring om at det finnes håp for en bedre fremtid.

4.5 Hjelpsomme relasjoner

I en studie gjort av Olsø, Almvik og Norvoll (2015) tar de for seg hjelperelasjon mellom brukere og fagpersoner. Metoden som er brukt i denne studien er semistrukturerte intervjuer med ansatte og brukere, og deltakende observasjoner i hverdagslige arenaer. I studien er det lagt vekt på relasjonens betydning for å kunne oppleve god hjelp. Forfatterne påpeker samtidig at det ikke finnes mange studier som setter fingeren på hva god hjelp kan innebære i daglig samarbeid mellom brukere og ansatte (Olsø, Almvik og Norvoll, 2015). I en psykoterapiforskning gjort av Duncan og Miller (2000) kommer det frem at generelle relasjonskvaliteter har større betydning for bedring, enn spesifikke terapeutiske teknikker i seg selv (Olsø, Almvik og Norvoll, 2015: 2). Olsø, Almvik og Norvoll (2015) peker på at samvær som kan foregå over dagligdagse aktiviteter er en forutsetning for at en relasjon er likeverdig mellom bruker og fagperson, og at den blir preget av personlig kontakt. I studien til forfatterne kommer det frem at samvær gjennom dagligdagse aktiviteter, hvor hjelpen foregår på hverdagslige arenaer er en arbeidsform som virker å være god i relasjonsbygging.

4.6 Likeverdig samarbeid

Det å gjøre noe sammen bidrar ifølge Olsø, Almvik og Norvoll (2015) til et likeverdig samarbeid. Med dette menes at brukere selv bidrar aktivt i planlegging av egen behandling, men også beslutningsprosesser som angår dem. Å gi brukere mulighet til å kunne påvirke selv, virker å være en forutsetning for å bygge relasjoner. Noen av brukerne i denne studien beskrev at dialogen er et godt virkemiddel for å kunne etablere en felles forståelse (Olsø, Almvik og Norvoll, 2015). Studien nevner videre at i noen sammenhenger blir ansatte gjerne beskrevet om som profesjonelle venner. Dette kommer av at brukere setter pris på det å bli kjent med en fagperson som har egne interesser og allmennmenneskelige erfaringer. «Når praktiske gjøremål går hand i hand med prat og samtaler blir samværet preget av en alminnelig og gjensidig prat som ligner mer på en samtale mellom folk flest enn en terapeutisk behandlingssituasjon.» (Olsø, Almvik og Norvoll, 2015: 8). På denne måten kan en derfor bygge gode relasjoner, gjennom dagligdagse gjøremål hvor ikke alt minner om en

ordinær behandlingssituasjon. Hjelpsomme relasjoner kan derfor ses gjennom en praktisk samhandling i dagliglivets arenaer.

4.7 Kunnskap og innsikt

I en studie gjort av Lorem og Hem (2012) ble det foretatt 11 dybdeintervjuer som hadde til hensikt å undersøke hvordan helsepersonell opplever å arbeide med psykisk syke mennesker og hvordan deres egen innsikt påvirker involveringen og perspektivet. Mangel på kunnskap og innsikt kan by på utfordringer når det gjelder kommunikasjon. I studien ble begrep som mestringsstrategier, manglende innsikt, og bevissthet om sykdom sett nærmere på. Denne studien viser at vi som helsepersonell er nødt og se mennesket på en annen måte enn bare mennesket med sykdom eller lidelser. Videre må helsepersonell kunne opprette et forhold til det mennesket, med bakgrunn i det menneskets egne opplevelser av situasjonen. Forskerne understreker at helsepersonell må vite at en ikke alltid forstår, men at vi alltid skal forvente at det er ting som skal forstås (Lorem og Hem, 2012).

4.8 Non-verbale kommunikasjon

I en studie gjort av Lavelle, Dimic, Wildgrube, McCabe og Priebe (2015) ble det foretatt en kvalitativ studie gjennom film. Grunnen til at det ble tatt opp film, var for å kunne se på den non-verbale kommunikasjonen. Det ble i denne studien analysert 40 forskjellige filmer av mennesker med den psykiske lidelsen schizofreni. Selve hensikten med studien var å kunne vurdere non-verbale kommunikasjon mellom mennesker med schizofreni og hjelpepersonell. Videre ser studien på hvordan selve kommunikasjonen blir påvirket av den sykes symptomer og hvordan relasjoner har en betydning her. I studien av Lavelle og Dimic m. fl. (2015) ble pasientene plassert i to grupper ut fra deres non-verbale kommunikasjon. Den viser at den første gruppen har en non-verbale kommunikasjon som inviterer til sosial omgang, mens den andre gruppens non-verbale kommunikasjon ble gjort for å unngå sosial omgang. Studien registrerte at pasientenes adferd var nokså stabil over tid og viste liten variasjon under konsultasjoner. Pasientene som inviterte til sosial omgang uttrykte at de terapeutiske forholdene var bedre og de viste mer tilfredshet rundt kommunikasjonen med deres psykiater (Lavelle og Dimic m.fl., 2015). Det kommer også fram i studien til Lavelle og Dimic m.fl.

(2015) at pasienter som har non-verbal kommunikasjon som søker sosial omgang er mindre symptomatiske og på denne måten har større sannsynlighet til å delta i yrkeslivet. Denne studien peker på at relasjonen mellom mennesker med schizofreni og helsepersonell i stor grad har betydning for selve kommunikasjonen. De symptomene som mennesker med schizofreni har, påvirker den non-verbale kommunikasjonen i større eller mindre grad.

4.9 Holdninger

I en kvalitativ studie gjort av Katakura, Yamamoto-Mitani og Ishigaki (2010) ble det intervjuet syv forskjellige sykepleiere, som alle tidligere har vært med på å hindre at mennesker med schizofreni blir innlagt i løpet av de siste to årene, før studien. Hensikten med studien var å undersøke hjemmesykepleieres holdninger i forhold til mennesker med schizofreni, som kan lede til både en effektiv, men også en positiv behandling for menneskene dette gjaldt. Videre var hensikten med studien og undersøke hvordan sykepleierne kan skaffe seg holdninger som fungerer i behandlingen. Resultatet av denne studien viser at det er sentralt å ha et forhold til pasienten som er likeverdig. Gode holdninger viser seg gjennom to steg: for det første må man være klar for å møte forskjellig oppførsel fra menneske til menneske, samt være klar over menneskets utfordringer. Det er også viktig at hjelpepersoner reflekterer over fordommer, og deres evne til fungering i samfunnet.

5.0 Diskusjon

For å diskutere hvordan en vernepleier kan skape gode relasjoner til mennesker med schizofreni, så må man starte med å se på hva en relasjon er. Vaglum (2005) skriver at det en person sier eller gjør påvirker den andre, og når det er gjensidig påvirkning mellom mennesker, oppstår en relasjon. Negative symptomer kan føre til at brukeren trekker seg tilbake sosialt. Dette kan tolkes dit hen at bruker vil ha fred eller ikke ønsker kontakt med andre. På denne måten kan det oppstå en situasjon der vi som tjenesteytere trekker oss unna, selv om mennesket med diagnosen schizofreni trenger, er tilstedeværelse og omsorg (Snoek og Engedal, 2000; Ververda og Kornkåsa m.fl., 2013). I studien beskrevet av Ådland og Alsaker (2006) ytret flere pasienter at de opplever at relasjonen til sine hjelpere er viktig for at de skal oppleve forståelse og trygghet i hverdagen. Møyner (2016) fremhever temaet *likeverd* ved å vise at brukere fikk en opplevelse av likeverd og tillit i møte med studentens usikkerhet. Ut ifra det vi vet om personer med en schizofrenidiagnose, er det en alvorlig lidelse, og det kan være høyere symptomtrykk for de enn for andre psykiske lidelser. Brukerne blir lettere distraherert enn andre og da oppnår en ikke alltid kontakt. Konsekvensen av dette er at tjenesteytere kan tro at personer diagnostisert med denne lidelsen ikke er interessert og er uoppmerksom (Ververda og Kornkåsa m.fl., 2013). Vi kan se sammenheng mellom resultatene i studiene til Møyner (2016) og Ådland og Alsaker (2006) opp mot Ververda og Kornkåsa m.fl. (2013), og Vaglums (2005) beskrivelse av relasjon. Man kan da si at relasjoner oppstår i møte med andre, og måten man opptrer i disse møtene kan påvirke relasjonen mellom menneskene i møtet, og skape en opplevelse av likeverd og tillit. Man kan derfor kunne trekke slutningen at det som vernepleier er viktig å ha et bevisst forhold til egen fremtoning i møter med brukere med lidelsen schizofreni.

I flere av studiene som er presentert i resultatkapittelet kommer det frem at relasjonen mellom bruker og tjenesteyter er sentral for hvordan mennesker med schizofreni skal få et godt behandlingstilbud. Tjenesteyterens forståelse av psykiske lidelser som schizofreni, vil være styrende for holdninger overfor mennesker som tilhører denne brukergruppen. I Ådland og Alsaker (2006) påpekes det at de profesjonelles forståelse for brukerens livssituasjon opplevdes som svært viktig for menneskene dette gjaldt. Tjenesteyterens forforståelse blir påvirket av både allmenn og teoretisk kunnskap, som kan skape fordommer hos tjenesteyteren, som vist i artikkelen til Møyner (2016), hvor studentene i studien beskrev utfordringer ved det første møtet, der noen ga uttrykk for at de var redde for hva de kunne

forvente seg i møte med brukeren de skulle samhandle med (Møyner, 2016). Det blir derfor viktig at vernepleiere og andre tjenesteytere som arbeider med mennesker med schizofreni, arbeider aktivt for å opparbeide seg kunnskap og oppdaterer eksisterende kunnskap om lidelsen. De må også reflektere over egne fordommer og egen forutinntatthet, slik at de møter brukerne på en måte som fremmer relasjonsbyggingen. Katakura, Yamamoto-Mitani og Ishigaki (2010) skriver også i sin studie at holdningene sykepleiere har, påvirker behandlingen som mennesker med schizofreni mottar. Dette kan knyttes til egenperspektivet og det intersubjektive opplevelsesfellesskapet i Røkenes og Hanssens (2012) teori. De sier at egenperspektiv handler om hvordan kommunikasjon og samhandling blir preget av egne erfaringer, holdninger og som vil påvirke behandlingen i positiv retning. Det intersubjektive opplevelsesfellesskapet blir til ved å dele egne erfaringer med hverandre, samt arbeide for at den andre skal forstå vår egenverden. Om samme tema påpeker Olsø, Almvik og Norvoll (2015) at det å kunne samhandle i ulike situasjoner og arenaer knyttet til hverdagslige gjøremål og aktiviteter, er en forutsetning for at en relasjon skal kunne være likeverdig. Her kan en trekke linjer til studien av Møyner (2016), som viste at det å trene sammen kan være med på å skape en gjensidig avhengighet eller likeverdighet, som var viktig i relasjonsbyggingen. Samtidig vil relasjonen mellom bruker og hjelper aldri være helt likeverdig på grunn av den rollen man har som tjenesteyter, hvor man skal være profesjonell (Røkenes og Hanssen, 2012).

Møyner (2016) legger vekt på at tjenesteyteren og brukeren må ha en balanse mellom å være personlig og profesjonell. Handlinger som blir beskrevet som hjelpsomme i å fremme god relasjon i studien til Olsø, Almvik og Norvoll (2015), er det å være sammen i dagliglivets situasjoner. Dette er med på å gi et personlig og tettere forhold til hverandre, og hjelpen som mottas/gis. Dette innebærer at ansatte må by på seg selv og komme med sine egne erfaringer som kan være med på å åpne opp døren for den andre. Det som blir viktig i slike relasjoner er å finne en balanse mellom avstand og nærhet til de en skal hjelpe, at egne erfaringer ikke tar for stor plass, og at erfaringene en selv har opplevd i første omgang skal være nyttig for brukeren man skal hjelpe (Olsø, Almvik og Norvoll, 2015).

Brukermedvirkning er sentralt i relasjonsbygging mellom bruker og tjenesteyter. I studien til Olsø, Almvik og Norvoll (2015) blir det lagt vekt på å gi brukere muligheten til å medvirke i planlegging av sitt eget behandlingstilbud og beslutninger knyttet til dette. Å gi brukere en mulighet til å kunne påvirke eget behandlingstilbud kan bidra til å skape en felles forståelse for brukerens situasjon og behov (Olsø, Almvik og Norvoll, 2015). Samtidig kan

det å være for personlig virke negativt inn på behandlingen, fordi brukerens perspektiv kan påvirke hjelperens evne til å yte forsvarlig helsehjelp. Dette blir illustrert i Møyner (2016) sin studie, hvor studentene opplevde at egen oppfatning måtte korrigeres. Røkenes og Hanssen (2012) legger vekt på at den profesjonelle må være anerkjennende i møte med brukere, samtidig som de må holde en distanse til brukerens opplevelser. Som vernepleier må man sette seg inn i den andres perspektiv når en skal hjelpe i dagliglivets gjøremål og situasjoner. I studien til Møyner (2016) skrives det at flere av studentene i studien uttrykte sympati når de fikk høre om hvordan pasienter ble møtt i behandlingsapparatet, og at de måtte korrigere sin egen oppfatning når dette ikke var virkeligheten. Med dette kan en anta at det kan være krevende å forholde seg objektivt i møte med andreperspektivet som beskrevet av Røkenes og Hanssen (2012). Dette kommer også frem i studien til Møyner (2016) der studentene måtte korrigere egen oppfatning av brukerens historie. Røkenes og Hanssen (2012) legger vekt på at hjelper skal kunne utøve empati og forståelse for brukeren og deres historie, samtidig som en må holde på en distanse slik at det ikke blir for personlig.

Olsø, Alvik og Norvoll (2015) viser i sin studie at personlig kontakt gjennom samvær i dagligdagse aktiviteter er med på å fremme en likeverdig relasjon og samarbeid mellom bruker og fagperson. Når brukere har muligheten til å påvirke behandlingen ved å delta i planlegging og beslutningsprosesser, vil dette fremme byggingen i relasjonen. I Karlsson, Borg, m.fl. (2017) sin studie som omhandler erfaringsmedarbeidere, sies det at erfaringsmedarbeidere sitter på kunnskap om systemer både som bruker av det og som ansatt i det. Denne felles erfaringen kan være med på å skape en fellesskapsfølelse for brukerne, noe som er positivt med erfaringsmedarbeidere. I studien til Karlsson og Borg m.fl. (2017) skrives også at en av utfordringene kan være grensesetting i relasjonsarbeidet. Spesielt vanskelig blir det om relasjonen har blitt mer vennskapelig. Den bruker også begrepet profesjonell venn om ansatte. Det kommer av at brukerne setter pris på bli kjent med en fagperson som har egne erfaringer og interesser. Røkenes og Hanssen (2012) skriver at man ved å være anerkjennende er aksepterende og åpen for å møte bruker, men det ligger også en distanse i det som ikke angår oss personlig. En anerkjennende holdning, vil for brukerne muliggjøre en trygghet til oss som helpere. Sett opp mot studien til Karlsson og Borg m.fl. (2017) vil man kunne si at om man som vernepleier opptrer anerkjennende i en relasjon, vil dette kunne være med på å skape en distanse som gjør at den profesjonelle dømmekraften ikke blir svekket og grensesettingen vanskelig.

Noen av brukerne i studien til Olsø, Almvik og Norvoll (2015) beskrev at dialog var viktig virkemiddel for å etablere felles forståelse. Lavelle og Dimic m.fl. (2015) viser at non-verbal kommunikasjon påvirkes av symptomene til mennesker med schizofreni, i sin studie. Det kommer også frem at det er en gjensidig påvirkning mellom relasjonen og kommunikasjonen. Når brukeren er på sitt sykeste blir kommunikasjonen hemmet av symptomene, og kunnskapen og relasjonen til hjelper blir derfor viktigere for at bruker skal oppleve å få et godt tjenestetilbud. Tilsvarende kan også finnes igjen i studien til Lorem og Hem (2012) som sier at kommunikasjonen blir utfordrende dersom hjelper har manglende kunnskap og innsikt, og dette påvirket hvor involvert hjelperne ble og perspektivet de tok. Kommunikasjonsferdighetene til en vernepleier, både verbal og non-verbal, vil derfor kunne sies å være viktig for å kunne skape en god relasjon til personer med schizofreni.

Katakura, Yamamoto-Mitani og Ishigaki (2010) sin studie skulle undersøke sykepleieres holdninger mot mennesker med schizofreni, og hvordan disse kunne lede til en mer effektiv behandling som også var en positiv opplevelse for brukeren. Resultatene til Katakura, Yamamoto-Mitani og Ishigaki (2010) viser at gode holdninger sees ved at sykepleierne er klar over at de møter mennesker med ulik oppførsel, og at de er klar over utfordringene brukerne står overfor. Karlsson og Borg m.fl. (2017) sier i sine resultater at en helsearbeider alltid må vite at de ikke alltid forstår, men at de må skjønne at det alltid ligger noe der som trengs å forstås. Dette kan forstås sammen med grunnholdningen om at man har begrensninger og alltid trenger å søke kunnskaper, som vi mener må være til stede hos alle som jobber som helsepersonell. Som tidligere nevnt sier Lavelle og Dimic m.fl. (2015) at kommunikasjonen til mennesker med schizofreni påvirkes av symptomer og at den non-verbale kommunikasjonen kan påvirkes i ulik grad, noe som igjen påvirker relasjonen. Slik vil en søke etter å finne de beste løsningene for brukerne. Når symptomene på sykdom blir sterke og kommunikasjonsferdighetene blir svakere, er det viktig at vernepleieren klarer søker disse gode løsningene, og evner å se hva brukeren trenger selv om det er vanskelig for bruker å formidle. Dette kan knyttes opp mot Røkenes og Hansens (2012) teori om empati og anerkjennelse. De skriver at empati er følelsesmessig nærhet, men også avstand og avgrensning, og at anerkjennelse fra profesjonelle overfor følelsene bruker har, er med på å skape trygghet. Da kan man si at å være åpen for ulikhet, være klar over egen begrensning, være anerkjennende og ha empati vil kunne skape trygghet og tillit i relasjonen i vernepleierens arbeid med mennesker med schizofreni.

Helsearbeidere må som nevnt ha innsikt i når de ikke forstår, og at hvis det er noe de ikke forstår må de vite at det er noe som trengs å forstås (Karlsson og Borg m.fl., 2017). Møyner (2016) nevner fysioterapistudentenes erfaringer med Schibbys refleksivitet refleksjon, som forklarer at bruken av modellen er med på å skape ny innsikt og ny forståelse av seg selv. Om man ser disse opp mot hverandre, vil en kunne si at refleksjon og ettertanke er en viktig del av yrkesutøvelsen. Røkenes og Hansen (2012: 180-181) sier at det for profesjonelle yrkesutøvere er viktig å reflektere over egen væremåte. Dette kan handle om væremåten og stilen vår hindrer eller fremmer god relasjon og trygghet til brukerne. Da må en stille seg spørsmålene; er vi vennlige, ekte i mimikk, levende med blick og gester, og viser vi interesse? Som nyutdannet vernepleier vil man trenge å gjøre refleksjoner ofte, men uansett hvor lenge en har arbeidet med en bruker vil det være lurt å reflektere bevisst rundt mulige problemstillinger. Dette kan være med på å løse hindringer i kommunikasjon- og relasjonsarbeidet med bruker (Møyner, 2016).

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

Relasjoner oppstår i møtet med andre og utvikles gjennom kommunikasjon og samhandling. Studiene viser at pasienter opplever at relasjonen til hjelpere er viktig for å oppleve trygghet i hverdagen, anerkjennelse, samt likeverd og tillit er viktige faktorer i relasjonene (Møyner, 2016; Ådland og Alsaker, 2006; Olsø, Almvik og Norvoll, 2015; Karlsson og Borg m.fl., 2017) Helsepersonellens allmenne og teoretiske kunnskap påvirker hvordan pasienten opplever innledningen av en relasjon med en pasient (Katakura, Yamamoto-Mitani og Ishigaki (2010); Karlsson og Borg m.fl., 2017). Å gjøre hverdagslige ting sammen som f.eks. å trene sammen har en positiv effekt på relasjonsskapningen mellom pasient og hjelper (Møyner, 2016; Olsø, Almvik og Norvoll, 2015).

Det legges vekt på en balanse mellom å være personlig og profesjonell for å gi et best mulig tjenestetilbud (Møyner, 2016; Karlsson og Borg m.fl., 2017; Røkenes og Hanssen, 2012). Om relasjonen blir for personlig, kan det by på utfordringer med grensesetting i relasjonen (Møyner, 2016; Karlsson og Borg m.fl., 2017). At bruker tar del i planlegging av og beslutninger rundt tjenestetilbudet er viktig for at det skal skapes en felles forståelse for brukerens situasjon og behov (Olsø, Alvik og Norvoll, 2015). Hjelper må ha empati, men også avstand, og være anerkjennende ovenfor pasienters følelser for å skape trygghet i relasjonen (Røkenes og Hanssen, 2012). Kommunikasjon påvirkes av symptomer hos mennesker med schizofreni, og derfor er kunnskaper om sykdommen og en god relasjon viktig for brukers opplevelse av et godt tjenestetilbud (Ververda og Kornåsa m.fl., 2013). Når en pasient opplever sterke symptomer vil den non-verbale kommunikasjonen svekkes, og det vil kreves mer av hjelper for å yte god hjelp (Lavelle og Dimic m.fl., 2015). Holdningene en hjelper har i arbeid med mennesker med schizofreni kan påvirke effekten av behandlingen (Katakura, Yamamoto-Mitani og Ishigaki, 2010). Det er viktig at hjelper vet når de ikke forstår reaksjoner, og at de alltid vet at det er noe der som trengs å forstås (Karlsson og Borg m.fl., 2017). Bruk av refleksjon er viktig for å utvikle seg som yrkesutøver, og kunne møte brukere på en god måte og løse hindringer i kommunikasjon- og relasjonsarbeidet.

6.2 Konklusjon

Hvordan kan vernepleiere skape gode relasjoner til mennesker med schizofreni?

Relasjoner oppstår gjennom gjensidig påvirkning mellom mennesker, og utvikles i det intersubjektive opplevelsesfellesskapet. En vernepleier kan skape en god relasjon til mennesker med schizofreni ved å møte dem med en åpen og anerkjennende holdning. Å ha en teoretisk kunnskap om symptomer vil kunne fremme relasjonsskapning med bruker. Kunnskaper om verbal og non-verbal kommunikasjon vil kunne skape trygghet og tillit. Dette er viktig i relasjonsarbeidet. Dette kan gjøres ved å delta i hverdagslige aktiviteter som legger til rette for dialog på en likeverdig måte. En vernepleiers evne til å reflektere over egen yrkesutførelse vil kunne være med på å styrke evnen til å skape gode relasjoner.

6.3 Refleksjon

Vi ønsket i hovedsak å se på litteratur om norske forhold i bachelor skrivingen. Dette fordi vi føler at engelskkunnskapene våre er for svake til å lese igjennom mange engelskspråklige artikler, og vi ønsket å undersøke hva norske studier sa om temaet. I arbeidet med denne oppgaven oppdaget vi at det ikke er skrevet mye norsk litteratur om temaet. Vi valgte derfor å innlemme noen engelske artikler, som vi fant gjennom å lese referanselisten til en bachelor om kommunikasjon med mennesker med schizofreni, selv om vi opplevde dette som svært krevende. Siden vi konsentrerte oss mest om norsk-skriftlige artikler, og ikke søkte aktivt etter internasjonale artikler kan dette ses på som en svakhet ved denne oppgaven. Vi kunne muligens ha funnet andre resultater om vi ikke hadde avgrenset søkene på en slik måte.

Arbeidet med oppgaven har gitt oss en teoretisk forståelse av hvordan man kan skape gode relasjoner til mennesker med schizofreni. Gjennom skriveprosessen har vi hatt mange gode diskusjoner rundt forskningen, vi har kjent igjen ting i egen praksis og reflektert rundt hvordan vi kan skape gode relasjoner. Dette er kunnskaper vi vil ha bruk for i vår yrkesutøvelse senere. Kunnskapen vi har opparbeidet oss vil ikke bare kunne brukes mot mennesker med schizofreni, men kan generaliseres og derfor gjøre oss til bedre vernepleiere om vi jobber i psykiatrien eller andre steder.

Å samarbeide om å skrive en bachelor kan for noen virke tungvint, da vi hele tiden må komme til enighet og inngå kompromisser om hvilken litteratur som skal undersøkes og hva som skal vektlegges. Vi har sett på dette som noe positivt. Som vernepleier vil samarbeid være sentralt. Å kunne kommunisere presist og lytte er viktige egenskaper hos en vernepleier. Vi mener derfor at dette samarbeidet har gitt oss en positiv start på den fremtidige yrkesutøvelsen.

Arbeidet med denne oppgaven har vært et fellesskap. Vi har arbeidet i to-spann hvor ingen av oss har gjort mer, eller mindre enn den andre. Vi bor på to helt forskjellige steder i landet, og har derfor måttet bruke fly for å arbeide fysisk i lag. Det har ikke alltid vært mulig å gjøre dette. Vi har derfor brukt Zoom som plattform hvor vi har truffet hverandre jevnlig og jobbet jevnt og trutt. Gjennom arbeidet har vi hatt mange gode diskusjoner om hvordan vi ønsket å forme denne oppgaven, hvilken teori vi vil ha med, og har gjennom litteratursøk søkt i lag gjennom å dele skjerm for å gjøre det i fellesskap. Dette gjelder også selve skrivingen. Vi ser tilbake på det å jobbe i lag som svært lærerikt, heller enn en utfordring.

7.0 Litteratur

- Aarre, Trond F, Petter Bugge og Siv Iren Juklestad. 2009. *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Halvorsen, Ingeborg J. 2020. "Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon til å oppnå en god relasjon til pasienter med schizofreni?" Bachelor's thesis, NTNU.
- Karlsson, Bengt Eirik, Marit Borg, Esther Ogundipe, Tommy Lunde Sjøfjell, og Knut Ivar Bjørlykhaug. 2017. «Aspekter Ved Samarbeidsrelasjoner Mellom Erfaringsmedarbeidere Og Brukere I Psykisk Helse- Og Rustjenester: En Kvalitativ Studie». *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, volume 13 (2). <https://doi.org/10.7557/14.4214>.
- Katakura, Naoko, Noriko Yamamoto-Mitani og Kazuko Ishigaki. 2010. "Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia". *International Journal of Mental Health Nursing*, volume 19 (2): 102-109. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00641.x>.
- Lavelle, M., S. Dimic, C. Wildgrube, R. McCabe og S. Priebe. 2015. "Non-verbal communication in meetings of psychiatrists and patients with schizophrenia." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, volume 131 (3): 197-205. <https://doi.org/10.1111/acps.12319>.
- Lorem, Geir Fagerjord og Marit Helene Hem. 2012. «Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients." *International Journal of Mental Health Nursing*, volume 21 (2): 114-122. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x>.
- Møyner, Elisabeth. 2016. «Terapeutrollen belyst ved studenterfaringer.» Hentet 23. januar 2022. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/5114/M%25C3%25B8yner.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Norsk Helseinformatikk AS (NHI). 2019. «Hallusinasjoner, veiviser.» Hentet 10. februar 2022. <https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/hallusinasjoner-veiviser/>.
- Olsø, Turid Møller, Arve Almvik, og Reidun Norvoll. 2015. «Hjelpsomme Relasjoner. En Kvalitativ undersøkelse Av Samarbeidet Mellom Brukere Med Alvorlige Psykiske Lidelser Og Rusproblemer Og Fagpersoner I to oppsøkende Team». *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 10 (2): 121-31. <https://doi.org/10.7557/14.3327>.
- Snoek, Jannicke Engelstad og Knut Engedal. 2000. *Psykiatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3.utg. Oslo: Akribe Forlag AS.
- Thomassen, Magdalene. 2020. "Hermeneutikk som refleksjon og livsfortolkning." I *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*, red. Dag Jenssen, Monica Kjørstad, Sissel Seim og Per Arne Tufte. S. 162-187. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Utdannings- og forskningsdepartementet. 2005. *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Oslo: Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf. Hentet: 7. februar 2022.
- Vaglun, Per. 2005. «Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid? En introduksjon.» I *Oss imellom: om relasjonens betydning for mental helse*. Thorsen, Gerd-Ragna Bloch, Per Vaglun og Stein Opjordsmoen, S. 18-19. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Ververda, Janet, Anita Kornkåsa, Eva Kløw Bjørntvedt og Line Melby Egrem. 2013. «*Psykisk lidelse, pasienter med schizofreni på sykehus.*» Hentet: 16. februar 2022. <https://sykepleien.no/forskning/2013/04/pasienter-med-schizofreni-pa-sykehus>.
- World Health Organization (WHO). 2000. *ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ådland, Audun og Kjersti Alsaker. 2006. «Bofellesskap som Terapeutisk arena.» I *Psykisk helsearbeid i nye sko*, red. Arve Almvik og Lisbet Borge, S. 72-83. Bergen: Fagbokforlaget.

8.0 Vedlegg 1

Artikler	Referanse	Metode for funn
	<p>Karlsson, Bengt Eirik, Marit Borg, Esther Ogundipe, Tommy Lunde Sjøfjell, og Knut Ivar Bjørlykhaug. 2017. «Aspekter Ved Samarbeidsrelasjoner Mellom Erfaringsmedarbeidere Og Brukere I Psykisk Helse- Og Rustjenester: En Kvalitativ Studie». <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i>, volume 13 (2). https://doi.org/10.7557/14.4214.</p>	Søk i Oria
	<p>Møyner, Elisabeth. 2016. «Terapeutrollen belyst ved studenterfaringer.» Hentet 23. januar 2022. https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/5114/M%25C3%25B8yner.pdf?sequence=1&isAllowed=y.</p>	Søk i Oria
	<p>Olsø, Turid Møller, Arve Almvik, og Reidun Norvoll. 2015. «Hjelpsomme Relasjoner. En Kvalitativ undersøkelse Av Samarbeidet Mellom Brukere Med Alvorlige Psykiske Lidelser Og Rusproblemer Og Fagpersoner I to oppsøkende Team». <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> 10 (2): 121-31. https://doi.org/10.7557/14.3327.</p>	Søk i Oria
<p>Artikler fra bacheloroppgave</p>	<p>Katakura, Naoko, Noriko Yamamoto-Mitani og Kazuko Ishigaki. 2010. “Home-visit nurses’ attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia”. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, volume 19 (2): 102-109. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00641.x.</p>	<p>Funnet ved gjennomgang av bacheloroppgave (Halvorsen, 2020)</p>
	<p>Lavelle, M., S. Dimic, C. Wildgrube, R. McCabe og S. Priebe. 2015. “Non-verbal communication in meetings of psychiatrists and patients with schizophrenia.” <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, volume 131 (3): 197-205. https://doi.org/10.1111/acps.12319.</p>	<p>Funnet ved gjennomgang av bacheloroppgave (Halvorsen, 2020)</p>

	<p>Lorem, Geir Fagerjord og Marit Helene Hem. 2012. «Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients.” <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, volume 21 (2): 114-122. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x.</p>	<p>Funnet ved gjennomgang av bacheloroppgave (Halvorsen, 2020)</p>
Bokkapittel	<p>Ådland, Audun og Kjersti Alsaker. 2006. “Bofellesskap som Terapeutisk arena.” <i>I Psykisk helsearbeid i nye sko</i>, red. Arve Almvik og Lisbet Borge, S. 72-83. Bergen: Fagbokforlaget.</p>	<p>Fagbok</p>