



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Relasjonsbygging og samhandling med personer som har diagnosen schizofreni.

Relationship building and interaction with people who have been diagnosed with schizophrenia

Tore Torsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

Molde, 18/5-2022



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:

Veileder:

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:

Antall ord: 10179

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema.....	1
1.2 Formål med oppgaven.....	1
1.3 Forforståelse.....	1
1.4 problemstilling.....	2
1.5 Begrepsavklaring	2
1.6 Vernepleierens grunnlag.....	3
1.7 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 Metode.....	5
2.1 Litteraturstudie.....	5
2.2 Kvalitativ metode.....	5
2.3 Datainnsamling.....	5
3.0 Teoridel.....	7
3.1 Schizofreni.....	7
3.2 Symptomatologi.....	8
3.3 Kommunikasjon.....	9
3.4 Kommunikasjonsvansker ved psykose.....	10
3.5 Relasjonskompetanse.....	11
3.6 Forløp og stadier i sykdomsutviklingen.....	11
3.6.1 Prodromalfasen.....	11
3.6.2 Prepsykose.....	12
3.6.3 Psykose- tidlig fase.....	12
3.6.4 Psykose- sen fase.....	13
3.6.5 Postpsykotisk fase.....	13
3.7 Historisk behandling av pasientgruppen i Norge.....	13
4.0 Presentasjon av funn.....	14
4.1 Hva pasientene verdsetter.....	14
4.2 Helsepersonells erfaringer og råd.....	15

4.3	Tilpasset forståelse i møte med den psykotiske.....	18
4.4	Empatisk tilnærming og tillit.....	19
4.5	Se mennesket bak diagnosen.....	21
4.6	Selvrapporing, personlig tilnærming.....	22
5.0	Drøfting.....	23
5.1	Pasienters og tjenesteyteres ønsker og evner til å etablere en relasjon og faktorer Som kan begrense/styrke relasjonen.....	23
5.2	Tid- tilstedeværelse- tillit.....	24
5.3	Teknikker for å bygge relasjoner.....	25
6.0	Konklusjon.....	28
7.0	Litteraturliste.....	30
8.0	Vedlegg, søkehistorikk.....	34

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Schizofreniene er av de mest gåtefulle psykiske lidelsene som finnes, de har vært grunnlag for stigmatisering og vært forbundet med dårlige prognoser. Folks tanker om tilstandene har vært preget av undring, nysgjerrighet og frykt. Til tross for intens forskning på området, vet vi ikke mye om årsaksforhold og har heller ikke klart å utvikle en virkelig effektiv behandling (Møller 2018).

En livsrisiko på 1%, medfører at 40- 50000 av Norges befolkning vil utvikle schizofreni i løpet av livet. Debut er ofte i alderen 18-28 år og for mange blir lidelsen livslang. Følgene av dette, blir at flesteparten faller utenfor arbeidslivet, noe som medfører betydelige kostnader for samfunnet (Johannessen, Løberg og Nesvåg, 2016).

Ifølge Kingdon og Turkington (2007) tar det tid før denne pasientgruppen kan stole på menneskene de skal samhandle med. De fremhever at i den terapeutiske stilen bør man legge vekt på samarbeid, varme og gjensidig respekt. Valg av dette tema, er på grunnlag av en nysgjerrighet omkring samhandling med pasientgruppen, hva viser forskning er de mest anbefalte måter å tilnærme seg pasientgruppen på? Som framtidige vernepleiere vil mange komme i kontakt med pasientgruppen, og da er håpet at litteraturstudien kan være et bidrag til mer forståelse og kunnskap som kan komme til nytte i møte med pasientgruppen i praksisfeltet.

1.2 Formål med oppgaven

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hva forskning viser er de mest hensiktsmessige måter vi vernepleiere kan tilnærme oss brukergruppen på.

1.3 Forforståelse

Røkenes og Hanssen (2012) hevder at forforståelse er hvordan vi forstår noe på bakgrunn av egne erfaringer, følelser og tanker. De uttaler at du aldri ser en person slik den er, men hvordan du tror personen er utfra egen forforståelse. Jeg har gjennom forskjellige jobber i helseforetak og kommune jobbet med mennesker som har diagnosen schizofreni. Jeg har gjennom disse jobbene fått erfaring med pasientgruppen, men min kompetanse på området

er mangelfull. Jeg valgte dette emnet fordi jeg ønsker å forstå pasientgruppen bedre slik at jeg kan gi enda bedre hjelp i de ulike faser av sykdomsutviklingen. Mine erfaringer med pasientgruppen er at de er mer selektive enn andre pasientgrupper i forhold til hvem de ønsker å ha relasjoner til. Noen fikk jeg raskt etablert god kontakt og samhandling med og andre var det vanskelig å få innpass til. I mine første møter med pasientgruppen hadde jeg som utgangspunkt at kontakt og samhandling skulle skje på pasientens premisser. Noen av pasientene var kontaktsøkende, noe som ga nok tillit til at de kom til meg og ba om hjelp når de hadde utfordringer. Andre pasienter virket som de bevisst holdte avstand til meg, helt til de kom i en situasjon hvor de trengte hjelp og det var ingen andre å spørre. Erfaringen er også at det kan være vanskelig å opprettholde gode relasjoner til pasientgruppen. Mine tanker rundt det, er at det kan være svingninger i sykdomsbildet som påvirker hvordan pasienten ser på miljøet og personer rundt seg.

1.4 Problemstilling

Hvordan samhandle med den schizofrene for å etablere en god relasjon.

1.5 Begrepsavklaring

Terapeutisk relasjon:

Eide og Eide (2007) mener at pasienter som har opplevd store påkjenninger i livet trenger personer de kan stole på, har tillit til og som de er trygge på at stiller opp over tid. Den tilliten som bygges opp blir grunnlag for en forståelse som setter tjenesteyter i posisjon til å gi bistå pasienten når det blir vanskelig for han. Det kan være støttende ord, oppmuntring og hjelp. Videre hjelpe pasienten på vanskelige områder som for eksempel tanker om fortiden, selvbilde og tanker de har rundt familie og andre i sine omgivelser. For pasienter som våger å utfordre selvbilde og tilknytningsmønstre er det viktig å ha en trygg tjenesteyter som støtter de i slike situasjoner. Slik støtte kan være avgjørende for om pasienten våger se seg selv, sin fortid og relasjoner med nye øyne (Eide og Eide, 2007).

Schizofreni:

Schizofreni er en psykotisk tilstand som medfører forstyrrelser i tenkning, persepsjon. Sentralt er at personenes virkelighetsoppfatning er forstyrret (Snok og Engedal, 2005).

Tjenesteyter:

«tjenesteyter: enhver statsborger i en EØS-stat og ethvert foretak etablert i en EØS-stat, som tilbyr eller yter en tjeneste, jf. EØS-avtalen artikkel 34» (Tjenesteloven, 2020). Det er mange forskjellige ord som brukes om helsepersonell. Dette er en avklaring om at ordet tjenesteyter i hovedsak vil bli brukt i denne oppgaven, men det kan forekomme at andre ord også brukes, for eksempel i henvisninger til andres arbeid/forskning.

Pasient:

pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021).

Videre i denne oppgaven vil ordet pasient brukes om personer som mottar helsehjelp.

1.6 Vernepleierens grunnlag

Owren og Linde (2011) beskriver vernepleierens kompetanse som tredelt. Helsefaglig, pedagogisk og sosialfaglig. Vernepleiefaglig pensum har til en viss grad hentet inspirasjon fra andre disipliner, noe som gjenspeiles i fagets sammensatte karakter. Mye av vernepleierens arbeidsfelt dreier seg om habiliterings og rehabiliteringsarbeid, dette inkludert det som betegnes som hjelp og tjenester i hverdagen (Owren og Linde (2011)). Sentrale begreper i vernepleiefaglig arbeid er miljøarbeid og miljøterapi. Begrepene brukes delvis om hverandre, til tross for at de historisk sett har hatt ulikt innhold. I nyere tid har begrepene fått et innhold som inkluderer trivsels- lærings- og endringsarbeid i det miljøet som pasienten til enhver tid befinner seg. Brudal (1999) uttaler at den største ressursen i psykosebehandling er miljøterapeuter. Miljøterapeuters mål blir å være en identifikasjonsskikkelse for pasienten, dette innebærer emosjonell tilknytning hvor pasienten lærer normalitet i samspill med miljøterapeuten. I tillegg til emosjonell læring jobber miljøterapeuten parallelt med å lære pasienten å kommunisere (Brudal, 1999). Brudal (1999) mener at miljøterapeuter i psykiatriske avdelinger ikke bør innta en posisjon som behandler som står ovenfor pasienten, men i stedet bruke tid, lytte til og evne å gå i dialog med pasienten uten å krenke han.

I forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen (Lovdata.no) kan vi lese at vernepleierutdanningen er kunnskapsbasert og praksisrettet. Det er en Helse-og

sosialfaglig profesjonsutdanning som kvalifiserer til utøvelse av helse, omsorg og velferdstjenester i et livsløpsperspektiv. Utvikle holdninger som danner grunnlag for likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet. Erverve kompetanse om miljøterapeutisk arbeid, habilitering, rehabilitering, helsefremming, helsehjelp og utviklingshemming. Videre kan vi lese at utdanningen skal gi kompetanse til samarbeid med pasienter, pårørende og andre tjenesteytere for å fremme selvbestemmelse, mestring, deltakelse og livskvalitet, samt gode kommunikasjonsferdigheter og høy etisk bevissthet. Et samfunns mål med utdanningen er å utdanne personer med nødvendig faglig kompetanse som skal bidra til personer med nedsatt funksjonsevne får mulighet til personlig utvikling på lik linje med andre (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019). Nordlund, Thronsen og Linde (2015) sier at sentralt i vernepleiefaglig kompetanse er et helhetssyn på mennesket som vektlegger forskjellige sosiale og samfunnsmessige utfordringer. Vernepleieren har like stort fokus på de sosiale utfordringene som de fysiske og psykiske utfordringene (Nordlund, Thronsen og Linde, 2015). Brask, Østby og Ødegård (2016) har organisert det vernepleiefaglige arbeidet inn i ulike roller. Modellen kalles kjerne rollemodellen. Rollene som går på samhandling direkte på individnivå kalles partner og ansvarsrollen. Partnerrollen krever tilpasningsevne hos hjelperen med fokus på dialogisk samarbeid og individuell tilpasning på pasientens premisser. Vernepleierens ressursorientering er en viktig del av dette, nemlig å kunne se pasientens ressurser og muligheter framfor å henge seg opp i funksjonsvanskene (Brask, Østby og Ødegård, 2016). Ansvarsrollen handler om å ta ansvar for pasienten i situasjoner hvor pasienten ikke har tilstrekkelig vurderingsevne selv (Brask, Østby og Ødegård, 2016).

1.7 Oppgavens oppbygging

I nest kapittel (2) blir det presentasjon av valgt metode med beskrivelse av prosessen. Kapittel 3, inneholder teoridel med ulike tema og teori som kan tenkes å ha relevans for problemstillingen. I kapittel 4 blir det presentasjon av de empiriske resultatene som undersøkelsen viste og i kapittel 5 vil det bli gjennomført drøfting av funnene i undersøkelsen. Kapittel 6 inneholder konklusjon.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie

Retningslinjene til Høyskolen i Molde sier at bacheloroppgaven i vernepleie skal være en litteraturstudie. Dalland (2017) sier at det å gjøre en litteraturstudie vil si å bruke forskjellige skriftlige kilder som forskningsgrunnlag.

2.2 Kvalitativ metode

I denne studien omhandlende schizofreni og relasjonsbygging vil jeg benytte meg av kvalitativ metode i innhenting av data. Dalland (2017) uttaler at kjennetegn ved den kvalitative metoden er blant annet at den egner seg godt til å få fram variasjoner. Han sier videre at metoden har en nærhet til feltet, er egnet til å gå i dybden med samt at den kan bidra til å frembringe sammenhenger og helhet. Å re-analysere andres data i lys av nye vinklinger og problemstillinger kan bidra til å gi viktig informasjon om ulike forhold (Dalland, 2017).

2.3 Datainnsamling

Oppstarten av søkeprosessen ble veiledet av en bibliotekar på Høyskolen i Molde 10 mars. Dette ble gjort i søkebasen Medline. Vi startet med søkeordet schizofrenia og fikk 107029 treff. Det ble prøvd flere søkeord som kunne tenkes å være relevant i forhold til problemstillingen. Disse er ordene psychotic disorders, therapeutic relation*, Therapeutic Alliance og professional- patient relations. Videre ble det gjort avgrensning på årstall for publisering fra år 2010. På søk 10 var vi nede i 239 treff. Av de 239 funnene ble det lest 38 sammendrag og 10 artikler. Av disse 10 artiklene ble det valgt ut 4 som ansees som relevante i forhold til problemstillingen. Disse 4 artiklene ble valgt ut fordi de hadde innhold som var relevant for relasjon mellom tjenesteyter og pasient. De representerte perspektiver fra tjenesteyter og pasient. Det kan bemerkes at den ene av de 4 artiklene var fransk språklig. I utgangspunktet var søket rettet mot nordisk språklige og engelsk språklige artikler, men når jeg klikket på denne artikkelen så kom det opp en oppsummering av innholdet på norsk. Dette var så interessant at jeg fikk oversatt artikkelen og endte med å innlemme den i min studie. Neste steg var å sjekke om artiklene var fagfellevurdert. Gjennom Høyskolens bibliotek ble det funnet en lenke hvor navnet på hvert enkelt tidsskriftene som hadde gitt ut artiklene ble skrevet inn. For eksempel studien

til Lorem og Hem (2011) som er utgitt av International Journal og Mental Health Nursing. Gjennomgangen viste at alle 4 studier var fagfelleverdert på nivå 1.

Før søkeprosessen var det en periode på flere måneder med forarbeid. Det ble kjøpt inn en rekke bøker som tok for seg ulike sider ved schizofreni. Denne perioden handlet om å lese seg opp på aktuelle tema som kunne være aktuelle for oppgaven. Det ble brukt mye tid på lesing. Underveis i prosessen merket jeg ut teori som kunne bli aktuell å bruke senere. Dette arbeidet gjorde at jeg hadde en rekke tema klare til den første innledende teoridelen før jeg begynte på oppgaven.

Inklusjonskriterier

- Schizofreni/psykoselidelser
- Relasjonsbygging
- Terapeutisk relasjon
- Terapeutisk allianse
- Kommunikasjon/samhandling
- Pasienter fra tenårene
- Kvalitativ forskning
- Avgrenset fra år 2010
- Tjenesteyteres perspektiv
- Pasienters perspektiv
- Norsk eller engelsk språk
- Fagfelleverderte artikler

Eksklusjonskriterier

- Barn under 13 år
- Pårørendeperspektiv
- Fagartikler

3.0 Teoridel

Her vil det bli gjort rede for schizofreni, symptomatologi, kommunikasjon, kommunikasjonsvansker ved psykose, relasjonskompetanse, forløp og stadier i sykdomsutviklingen og et historisk tilbakeblikk på behandling av pasientgruppen i Norge. Denne rangeringen er gjort utfra viktigheten til de ulike tema. Årsaken til at relasjonskompetanse kommer først under punkt 5 er at mye av innholdet i relasjonskompetanse handler om kommunikasjon og samhandling. Derfor er punktene som omhandler kommunikasjon satt foran Relasjonkompetanse.

3.1 Schizofreni

Ifølge Peleikis og Felldal (2017) betegnes schizofreni som den mest alvorlige psykoselidelse. Psykoselidelser kjennetegnes ved at realitetsevnen brister. For individet selv, som opplever dette, kan virkeligheten bli et fremmed sted som blir angstfullt å orientere seg i. Det indre og det ytre flyter over i hverandre, virkelighet, drømmer og fantasi får uklare skillelinjer. De schizofrene kan oppleve tankeforstyrrelser, dette kan vanskeliggjøre deres evne til å kommunisere sammenhengende og logisk. En av grunnpilarene for vår eksistens er å kunne stole på sansene våre og hva de forteller oss om verden rundt oss (Peleikis og Felldal 2017).

Johannessen, Løberg og Nesvåg (2016) uttaler at hallusinasjoner kan oppstå i form av sanseopplevelser der det er fravær av reelle stimuli. Særlig utbredt er hallusinasjoner i form av stemmehøring, men pasientene kan også oppleve hallusinasjoner i form av lukt, syn og berøring. Vrangforestillinger er også et symptom på schizofreni, dette er ikke-realistiske tanker om verden, som individet selv tror sterkt på. Typiske vrangforestillinger kan være av grandios type, hvor de har overdreven tro på egne evner eller paranoide vrangforestillinger, hvor de er overbevist om at andre er ute etter å ta dem. Mange schizofrene opplever at selvoppfattelsen er annerledes enn den er til vanlig. Kognitive funksjonsevner er redusert for mange personer med schizofreni, for eksempel evne til å konsentrere seg, lære og planlegge (Johannessen, Løberg og Nesvåg, 2016,30). Sentralt i forståelsen av schizofreni er hvordan symptomene kommer til uttrykk i de psykotiske fasene. Forekomsten av symptomer i psykotisk fase skiller mellom positive og

negative symptomer. Positive symptomer er noe som kommer i tillegg til pasientens normale sansing og opplevelse av omgivelsene, deriblant hallusinasjoner og vrangforestillinger. Negative symptomer er når pasienten gjør mindre ut av seg enn normalt, som for eksempel sosial tilbaketrekking, affektavflating, innskrenket tale og mild apati (Johannessen, Løberg og Nesvåg 2016, 30-31).

3.2 Symptomatologi

Det finnes ikke noen enkle symptomer som er så typiske at de alene kan danne grunnlag for stille diagnosen schizofreni. Ofte er det en kombinasjon av symptomer og varigheten av disse over tid som kan danne grunnlag for å stille diagnosen. Flere av symptomene som er typiske for schizofreni finner man også ved andre tilstander. Den mest kjente måten å klassifisere grunnsymptomene på er de såkalte fire A-ene. Assosiasjonsforstyrrelser, autisme, affektavflating og ambivalens (Snok og Engedal 2005).

Ifølge ICD-10 kreves det symptomvarighet på minst en måned for å stille diagnosen schizofreni, mens den amerikanske DSM- manualen krever minst 6 måneder. Ifølge ICD-10 kreves det et veldig tydelig symptom eller flere mindre tydelige symptomer. Symptomene er inndelt i forskjellige grupper. Fremvist her i en forkortet variant.

Diagnosen schizofreni (F20) kan etter ICD-10 stilles når det er tilstedeværelse av minst ett meget tydelig symptom (vanligvis to eller flere hvis symptomene er mindre tydelig) av følgende symptomer;

- a) Tankeekko, tankepåføring eller tanketyveri, og tankekringkasting.
- b) vrangforestillinger.
- c) Hallusinatoriske stemmer.
- d) Vedvarende vrangforestillinger av andre typer.
- e) vedvarende hallusinasjoner av alle modaliteter.

- f) tankeavbrudd eller -innskytelser.
- g) kataton atferd.
- h) «negative» symptomer som markert apati, avbrutt tale og avflatede eller usammenhengende følelsesmessige responser.

I) En betydelig og vedvarende kvalitetsendring av enkelte sider ved personlig atferd (Johannessen, Løberg og Nesvåg 2016, 31-32).

Cullberg (2001) uttaler at schizofreni har siden diagnosens start vært oppdelt i fire forskjellige undergrupper. Av disse er paranoid schizofreni den vanligste. Her er bisarre vrangforestillinger og hallusinasjoner dominerende. Prognosene og forventet funksjonsevne ansees å være bedre enn for de andre undergruppene. Hebefren schizofreni er den typiske ungdomsformen for schizofreni. Den har dårligere prognoser, noe som kan tenkes å ha sammenheng med at personligheten ikke er ferdig utviklet når sykdom inntreffer. Her er atferdsendringer og dype følelsesmessige forandringer dominerende. Kataton schizofreni er en type psykomotorisk forstyrrelse som medfører låste stillinger på kroppen. Atferden kan pågå fra dager til måneder, men det finnes også beskrivelser av tilfeller hvor katatone tilstander har vart i flere år. Den siste av undergruppen av schizofreni er udifferensiert schizofreni, disse er personer som har symptomer på schizofreni, men fraværet av dominerende symptomer medfører at de ikke kan plasseres i noen av de andre undergruppene (Cullberg 2001).

3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon og samhandling er viktig i alt helsearbeid. Det faktum, at det er gjennom vår kommunikasjon med pasienten vi gradvis bygger sterkere relasjoner til han, medfører at emnet blir innlemmet i oppgaven rett etter emnene schizofreni og symptomatologi. Lorentsen (2003) sier at kommunikasjon er utveksling mellom to personer om hva de mener og synes i den aktuelle situasjonen. Kommunikasjon må forstås som noe mer enn å gi informasjon, beskjeder, uttrykke et behov eller å overføre et budskap. Kommunikasjon kan være med på å føre samhandlingen inn i nye spor og retninger. En betingelse for at kommunikasjonen skal bli utviklende, er at innholdet i våre ytringer oppleves å være felles (Lorentsen, 2003).

Den andres signaler kan skape nærhet, tillit og bidra til et godt samarbeid, men også avstand, mistillit og konflikt (Eide og Eide, 2007). Forskjellige personer kan reagere svært ulikt på de samme signalene. Selv om signalene kan fremstå entydige, er det alltid en usikkerhet rundt hva som egentlig var ment å uttrykke. Og selv om ordene fremstår tydelige, kommer nonverbal kommunikasjonen i tillegg og kan gi ny mening. Kommunikasjon utøvd av tjenesteytere med helsefaglig utdanning, har til felles at

likeverd, rettferdighet og respekt ligger til grunn for vår praktiske yrkesutøvelse (Eide og Eide, 2007). Eide og Eide (2007) fremhever viktigheten av empowerment i samhandling med pasient. Nemlig å la pasienten beholde mest mulig makt og kontroll i situasjonen. Dette gjennom å ta pasientens perspektiv på alvor og verdsette hensynet til pasientens beste (Eide og Eide, 2007). Kingdon og Turkington (2007) omtaler strategier for å styrke den terapeutiske relasjonen til psykotiske pasienter. De har flere anbefalinger for hvordan tilnærmingen og kommunikasjon bør være. Viktigheten av at kommunikasjonen så langt det lar seg gjøre skjer mellom likemenn er noe de trekker fram. I dette legger de en ikke konfronterende holdning hvor de ulike oppfatninger pasienten har respekteres uansett hvor bisarre og irrasjonelle de er.

Videre fraråder de å inngå en kollusjon med pasienten. Med dette menes det å unngå å bekrefte sannheten av pasientens vrangforestillinger. Kollusjon vil alltid føre til at pasientens vrangforestillinger blir sterkere fastholdt (Kingdon og Turkington, 2007). Unngå sjargong, bruk et vokabular tilpasset pasientens utdanningsnivå og finn et felles språk er ting som de nevner skal bidra til å bedre den terapeutiske relasjonen.

3.4 Kommunikasjonsvansker ved psykose

Det er språket som gjør at det oppstår forbindelser mellom mennesker. Tankekaoset som den psykotiske opplever kan gi fragmentert tale og et språk som oppleves å være helt ute i ytterkant av det forståelige (Peleikis og Felldal, 2017). Språket kan oppleves annerledes, vanskelig å forstå og kan føre til at den psykotiske ikke klarer gjøre seg forstått. Det psykotiske språket er et språk i krise, men ikke uten betydning. I psykosen er fortsatt språket nøkkelen til kommunikasjon, dette til tross for at pasienten er sårbar, redd og kanskje opplever angst. Opplevelser av å ikke bli forstått kan medføre at den psykotiske pasienten føler seg helt alene i verden. Når tjenesteyteren skal tilnærme seg den psykotiske pasienten bør tilnærmingen være preget av årvåkenhet og forsiktig utforske hva den psykotiske prøver å ytre (Peleikis og Felldal, 2017).

Befriending er en verdifull og interessant type intervensjon i arbeid med psykotiske schizofrene pasienter. Det dreier seg ganske enkelt om å være venn med pasienten, så langt det lar seg gjøre i en profesjonell relasjon. Befriending kan gi mellommenneskelig kontakt hvor man snakker om hverdagslige nøytrale, men engasjerende temaer som været, sport, ferier, tv programmer osv (Kingdon og Turkington, 2007).

Taushet kan være angstfremkallende. Hvis pasienten blir stille og nølende underveis i en dialog, kan det være nyttig og reformulerer spørsmålet. Men det er samtidig viktig å gi

pasienten nok tid til å tenke seg om. De paranoide vrangforestillinger og opplevde stemmer som pasienten opplever kan resultere i et svar som er påvirket av disse. Det å holde samtalen i gang i en avslappet atmosfære er vanligvis det meste effektive i relasjonsbygging (Kingdon og Turkington, 2007).

3.5 Relasjonskompetanse

Spurkeland (2020) uttaler at relasjonsbygging er kanskje vår tids viktigste kompetanse. En sentral del av relasjonskompetansen er evnen til å bygge tillit. Tillit dreier seg om emosjonell tilknytning og er essensiell i alle relasjoner (Spurkeland, 2020). Tillit oppstår ikke spontant og plutselig, men bygges gradvis opp over tid når mønstre av atferdsopplevelser fester seg hos partene i en relasjon. Videre uttaler Spurkeland (2020) at tilliten i en relasjon kan være en kraft og bærebjelke, men at brudd i tilliten kan være ødeleggende for relasjonen.

3.6 Forløp og stadier i sykdomsutviklingen

Ifølge Snok og Engedal (2005) er schizofreni en alvorlig lidelse som kan gi langvarige forløp og har stor fare for tilbakefall. Behandlingstiltakene bør være rettet mot situasjonen her og nå, men også medvirke til å redusere tilbakefall (Snok og Engedal 2005). Et tilbakeblikk på problemstillingen «hvordan samhandle med den schizofrene for å etablere en god relasjon» synliggjør viktigheten av å forstå hvor i sykdomsforløpet pasienten er, og på bakgrunn av denne viten bedre forstå hva som kan være tilrådelig tilnærming for å etablere en relasjon til pasienten. Denne studien har et mål om å finne gode strategier for å etablere relasjoner til schizofrene pasienter, men bak dette ligger det et håp om at når alliansen er etablert, skal den gi tjenesteyter forbedrede muligheter til å samhandle og hjelpe pasienten uavhengig av stadiet i sykdommen.

3.6.1 Prodromalfasen

Møller (2018) uttaler at prodromalfasen, eller varselfasen som ofte brukes nå, er fasen som preger begynnelsen av en schizofreniutvikling. Alle psykosefenomener innehar denne fasen. Fasen varer fra første relevante forandring i atferd eller opplevelse til de første stabile psykosesymptomer inntreffer. Hovedtrekket i atferdsendringen ligger i endret selvopplevelse, subjektiviteten til individet blir forstyrret. Dette handler om evnen til refleksjon om egen person og eksistens, de kan langt på vei oppleve å miste seg selv.

Varigheten av varselfasen kan ha stor spredning over tid for de ulike pasienter, fra dager til flere år (Møller 2018).

Pasientens innsikt og ønske om hjelp samt kapasitet til medvirkning er ifølge Møller (2018) bedre i denne fasen enn før psykosen gjør sin inntreden.

Møller (2018) uttaler at det ligger en gylden mulighet for tidligere og bedre innsats ved å forstå varselfasen bedre. Møller (2018) uttaler at samhandling med pasienter i denne fasen kan være et godt utgangspunkt for relasjonsbygging. Han mener at pasientene samarbeider bedre i denne fasen og at de er mer villige til å snakke om egen sykdom og symptomer enn hva som er tilfellet etter psykotisk overgang.

3.6.2 Prepsykose

Cullberg (2001) hevder at i denne fasen holder psykoseterskelen på å forseres. Individet opplever omgivelsene som forandret og truende. De har trådt inn i en mer sykkelig opplevelsesverden hvor de bruker all energi på å overleve i samsvar med verden slik de opplever den. Fasen kan inneha vrangforestillinger og hallusinasjonslignende opplevelser. Ofte går denne fasen fort over i åpen psykose, men den kan også vare i flere uker (Cullberg 2001).

3.6.3 Psykose- tidlig fase

I denne fasen kan man si at psykosen har overtatt kontrollen (Cullberg 2001). Pasienten verdensbilde blir snudd opp ned. Fra å være en nedbrutt og maktesløs person som ikke har påvirkning på det som skjer rundt dem, opplever de nå å bli verdens midtpunkt. Det som har vært av vrangforstillinger og hallusinasjoner i form av skremmende opplevelser i den prepsykotiske fasen, blir nå sentrum for deres opplevelsesverden. Det kan virke som at pasientenes omgivelser blir klarere, subjektivt sett fra dems eget ståsted. Det som tidligere i sykdomsutviklingen var skremmende, uklart og skjult, blir nå klart for dem. For eksempel stemmer som man hører blir nå forståelige. De kan være hellig overbevist om at det er andre som sender disse stemmene inn i deres hoder (Cullberg 2001).

3.6.4 Psykose- sen fase

Cullberg (2001) uttaler at psykosens akutte fase kan gradvis og i rykk og napp avta etter uker eller måneder. Psykosens overgang til normal tenkning skjer i pendlende forløp. Periodene med friskhet kommer oftere. Fasen kan også ha økte depressive komponenter om ting som har skjedd før og under innleggelse (Cullberg 2001).

3.6.5 Postpsykotisk fase

På dette stadiet har realitetsprinsippet inntatt individet (Cullberg 2001). Men det kan også forekomme skygger av psykosen. En del pasienter kan i denne fasen fornekte psykosen sin i form av irritasjon hvis man snakker om den, dette kan være et tegn på at tilfriskningen er overflatisk. Men de av pasienten som har innsikt i psykosen og bearbeider sine erfaringer, har bedre utsikter til å forbygge kommende psykoser (Cullberg 2001).

3.7 Historisk behandling av pasientgruppen i Norge

Historien kaster lys over hvilke verdier vi i dag legger vekt på i behandling og relasjoner. Ifølge Rund (2016, 12) var Oslo hospitals dollhus (1778) den første anstalten i Norge som var spesielt for de sinnssykes forvaring. Men det var såkalte dårekister flere steder i landet helt tilbake til 1600- tallet. Perioden før man fikk tilgang til antipsykotiske medisiner var preget av primitive og eksperimentell behandling. kringlen (2004) og Blomberg (2002) har begge beskrevet noen av behandlingstilbudene vi hadde til mennesker med alvorlige psykiske lidelser før vi fikk de første psykiatriske sykehusene (Rund 2016). De forteller om sjokkbehandling, hvor pasientene stod på fall- lemmer og ble sluppet ned i iskaldt vann og om mekaniske svingstoler hvor målet var å skape frykt, dette i håp om at dette skulle ha en uttømmende virkning. Før dette drev man også med årelating, insulinkoma, elektroshokk og lobotomi (Rund, 2016). Rund (2016) forteller selv om hvor sterkt inntrykk det gjorde på han, når han som ung pleiemedarbeider fikk sitt første møte med psykisk syke pasienter på Lier sykehus i 1969. Han forteller at han var mye redd, det var mye vold og trusler. Nesten alle pasientene var psykotiske, de bodde på sovesaler med 12-15 senger. Mange av disse ble lagt i reimer på natten og noen gikk med håndremmer hele døgnet. De dårligste pasientene ble henvist til isolater hvor det kun var en madrass på gulvet. I tillegg til medisiner var elektroshokk den vanlige behandlingen på denne tiden. Til dette ble det tilkalt 8 personer til å holde pasienten nede på senga mens de sjokket (Rund, 2016). Introduksjonen av antipsykotika på midten av 50- tallet var i sin tid en revolusjon i behandling av psykoselidelser. Det muliggjorde samtalebehandling på en helt ny måte (Møller, 2018).

Møller (2018) uttaler at det har skjedd en endringer i synet på psykosebehandling de siste årene, brukerinvolvering og samtaler med pasienten om selve innholdet i psykosen samt riktig og redusert bruk av medikamenter og tvang er deler av denne endringen.

4.0 Presentasjon av funn

4.1 Hva pasientene verdsetter

Studien «En utforskning av hva tjenestebrukere verdsetter ved tidlig intervensjon i psykosetjenester» til Barr, Ormrod og Dudley (2015) var undersøkende intervjuer med 20 brukere med førsteepisode psykose i alderen 18-35 år, hvor det ble benyttet såkalt Q-sortering. Her måtte brukerne sammenligne og rangere hvor høyt de rangerte forskjellige utsagn satt opp mot andre utsagn. Her ble deltakerne bedt om å tenke gjennom sine erfaringer med EIP- tjenester (program for tidlig intervensjon ved psykose).

I denne studien kom det tydelig fram at deltakerne på tvers av alle faktorer rangerte det å bare ha noen med seg høyt i sine besvarelser, de rangerte sitt forhold til omsorgskoordinatorene høyere enn mange andre elementer. De ønsket å ha samhandling med tjenesteyterne rundt seg. Videre hadde de ønsker om å bli møtt med en ikke-dømmende tilnærming. At noen lyttet til deres bekymringer og det å bli tatt på alvor var også elementer som ble rangert høyt. De uttrykte at en oppsøkende tilnærming med engasjement er nøkkelen til å oppnå en god arbeidsallianse.

I studien til Barr, Ormrod og Dudley (2015), uttalte en av deltakerne «Uten EIP ville vi slitt med håndtering av sykdommen. Til tross for sosial støtte og mestringsevne forstod vi at bedringen var bare mulig på grunn av det nære forholdet til omsorgskoordinatoren» (Barr, Ormrod og Dudley, 2015).

Deltakerne rangerte den terapeutiske alliansen høyt, men forfatterne selv hevder at de gode resultater ikke kan tilskrives noen spesifikk intervensjon, men snarere at det er den helhetlige tilnærmingen av interaksjonselementer som er mest fordelaktig for å oppnå gode resultater. Her trekkes det fram at pasientene kanskje verdsetter ulike typer intervensjon på de ulike stadier i behandlingen. Elementer som trekkes fram som essensielle i samhandlingene er samarbeidsstøtte, forståelse, emosjonell endring gjennom sosial støtte, gjenvinning av funksjonelle og yrkesmessige mål og selvfokusert restitusjon. Det som forfatterne mener er aller viktigst for å lykkes med at pasienter i prodromalfasen ikke skal få overgang til psykose er reaksjonsevne og relasjonsfaktorer (Barr, Ormrod og Dudley, 2015).

4.2 Helsepersonells erfaringer og råd

Hvis man mislykkes med å danne en forståelsesfull forbindelse, er det fortsatt mulig å etablere et forhold på et følelsesmessig nivå (Lorem og Hem, 2011). Lorem og Hem (2011) uttaler at selv om pasientene har vanskeligheter med å uttrykke seg gjennom ord, kan de allikevel uttrykke seg gjennom handlinger, oppførsel og følelser. Deres følelser er der og det er gjennom følelsene vi kommuniserer. Slik stilltiende kommunikasjon kan oppleves som autentisk, personlig kontakt, selv om forståelsesavklaringen ofte er diffus (Lorem og Hem, 2011).

Studien «avstemt forståelse og psykotisk lidelse: En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med å kommunisere og samhandle med pasienter» med Lorem og Hem (2011) var dybdeintervjuer med 11 tjenesteytere fra forskjellige institusjoner og med ulik faglig bakgrunn. Studiedesignet var narrative metoder og formålet med studien var å analysere et bredt spekter av omsorgspersoners erfaringer. Funn fra studien viser at tjenesteyterne har vanskeligheter med å forstå pasientenes psykotiske opplevelser. De uttalte at de kunne observere en type uro i pasientene som det var vanskelig å få tak på. Videre nevnes det at de observerte en konflikt mellom kroppsspråk, atferd og tale. Funn fra studien viser at tjenesteyterne søker å få til en forståelsesfull relasjon til pasientene. Tjenesteyterne uttalte at til tross for vanskeligheter med å nå inn til pasientene så prøver de være tilgjengelige for dem i tilfelle de ønsker eller klarer å kommunisere senere. For å best ivareta pasienten i slike situasjoner må tjenesteytere ha en følsomhet ovenfor pasientens signaler. Personlig kontakt på et følelsesmessig empatisk nivå trekkes i denne studien fram som et viktig virkemiddel for at pasienten skal få tilstrekkelig tillit til personalet, noe som kan gi grunnlag for videre samhandling. Dette støttes av Eide og Eide (2007) som uttaler at pasienter som har vært gjennom tøffe påkjenninger er avhengige av personer som de har tillit til, som viser omsorg på et empatisk nivå og stiller opp for dem over tid. Et annet funn fra studien til Lorem og Hem (2011) var en bevissthet om at relasjonsbygging tar tid. Tjenesteyterne i studien til Lorem og Hem (2011) mente at tjenesteytere man må bli veldig godt kjent med pasienten. Det å gradvis over tid sette seg inn i pasientens historie, interesser og etterhvert klare se sammenhenger, slik at forestillinger blir forståelige for begge parter, er ting som nevnes (Lorem og Hem, 2011). I studien til Lorem og Hem (2011) kom det fram funn som viste at flesteparten av tjenesteyterne hadde utviklet en teknikk som de anså som et terapeutisk verktøy når de samhandlet med pasienter som

hadde vrangforestillinger. Uttalelsene deres viser at de prøvde å gå inn i pasientens fortellinger, anerkjente pasientens uttrykk som meningsfulle og de var opptatt av at de måtte holde dialogen gående med pasienten. Funn fra studien til Lorem og Hem (2011) viser at hvis pasienten finner mening i det som blir fortalt, kan dialogen etterhvert bli mer og mer normal mens pasientens vrangforestillinger kommer mindre til uttrykk. McGuire, McCabe og Pribe (2001) gjengitt i Barr, Ormrod og Dudley (2015) viser funn som tilsier at det er viktig at tjenesteytere får mindre saksgang slik at de får frigjort tid til å tilbringe sammen med pasientene. Her legges det spesielt vekt på at dette er en grunnleggende komponent i kvalitetstilbudet for mennesker i psykisk helse (McGuire, McCabe og Pribe, 2001)

I studien «Terapeutisk allianse, relasjonsbygging og kommunikasjonsstrategier- for schizofrenipopulasjonen: en integrerende gjennomgang» til Harris og Panozzo (2019) som er en analyse av 15 studier fra ulike databaser i årene 2006-2017, hadde til hensikt å finne faktorer som påvirket terapeutiske relasjoner i psykiatriske behandlingsmiljøer, dette med mål om å gi empiriske basert veiledning til psykiatriske sykepleiere. Her vises det til ulike funn med tanke på tjenesteyteres relasjon til pasientene. Et funn her viser til Johansen, Iversen, Melle og Hestad, 2013; Kvrjic, Cavelti, Beck, Rusch og Vauth, 2013; Ruchlewska et.al, 2016 og Wittorf et.al, 2010, som sier at jo høyere innsikt pasienten har i egen sykdom, jo høyere verdsetter tjenesteyter relasjonen. Et annet funn viser til Cavelti, Homan og Vauth (2016) som viser at i tilfeller hvor pasienter har symptomer på tankeforstyrrelser i tidlig forhold, så vurderer tjenesteyter relasjonen lavere enn det pasienten gjør. Funn viste at den viktigste faktoren som påvirket tjenesteyternes syn på relasjonen til pasientene var arten av pasientens lidelse. Et av de tydeligste funnene var at jo mer symptomer de schizofrene pasientene har, så øker sannsynligheten for at tjenesteyterne vil vurdere forholdet mindre positivt (Harris og Panozzo, 2019). Det er et ubesvart spørsmål om dårlige rangerte relasjoner påvirker pasientens progresjon på lang sikt (Harris og Panozzo, 2019).

Funn fra Harris og Panozzo (2019) viser effekten av treningsprogrammer, som hadde som mål å avdekke om endring i tjenesteyternes atferd kunne påvirke terapeutiske relasjoner. Harris og Panozzo (2019) viser til McCabe et.al (2016) som uttaler at teknikken med selvreparasjon hadde en gunstig effekt på relasjoner, dette anbefaler de brukt av sykepleiere som følger sine pasienter tett i behandlingsløpet. Selvreparasjon vil si å endre ens svar eller spørsmål for å tilpasse seg pasienten for å oppnå klarhet underveis i

dialogen. Funn fra studien viste at de tjenesteytere som utøvde denne teknikken så dette som en bidragsyter til kvaliteten på forholdet (Harris og Panozzo, 2019).

Studien «Fra relasjon til terapeutisk allianse med ungdom og unge voksne med risiko for psykotisk overgang: perspektiver til psykisk helsepersonell» som var en utforskende studie gjennomført av Blaine og Morvillers (2021) hadde til intensjon å avdekke vanskelighetene rundt det å danne en terapeutisk allianse med pasienter som er i prodromalfasen. Funn fra Blaine og Morvillers (2021) viser at den usikkerhet det er rundt pasientens lidelse eller forverring av denne medfører at tjenesteytere prøver å danne en terapeutisk relasjon til pasienten. Forsøkene tjenesteyterne gjennomførte for å bedre relasjonene, hadde et mål om å stabilisere pasienten slik at man unngår psykotisk overgang. Funn fra studien til Blaine og Morvillers (2021) viser at tjenesteyterne fremsatte en dynamisk og personlig tilnærming for å bygge en terapeutisk allianse til disse unge pasientene. Dette ved å tilpasse type kommunikasjonsmåte og dyrke en viss nærhet til pasienten. Blaine og Morvillers (2021) trekker fram tre ulike faktorer som påvirker arbeidet med å danne terapeutisk relasjoner til disse unge personene som står i fare for psykotisk overgang. Den første gjelder alderen til personen, som er i en normal utviklingsprosess med overgang fra barndom til voksen. Den andre er faktoren de mener påvirker, er virkningen av pasientens psykiske lidelser, som påvirker hverdagen til disse pasientene, men også personene i deres omgivelser. Den siste faktoren de nevner er usikkerheten som tjenesteytere kan oppleve rundt pasientens lidelse (Blaine og Morvillers, 2021).

4.3 Tilpasset forståelse i møte med den psykotiske

Funn i studiene viser at tjenesteytere tar på alvor de psykotiske pasientenes forsøk på å uttrykke seg i dialogen. De tilpasser seg pasientens kommunikasjonsmåte og stil for å skape mening sammen (Lorem og Hem, 2011 og Blaine og Morvillers, 2021).

Lorem og Hem (2011) omtaler i sin studie tre avgjørende holdninger for å forstå psykose. Den første handler om at det er vanskelig å forstå den psykotiske, men at det er mulig å forstå noe. Kollapsen i forståelse er vanlig. Denne kollapsen bør kobles til en forventning om å skape mening sammen, noe som kan oppmuntre til videre dialog (Lorem og Hem, 2011). Den andre holdningen handler om at grunnlaget for forståelse gjennom hverdagslige aktiviteter og følelsesmessig menneskelig kontakt. De uttaler at når den

verbale kommunikasjonen svikter blir ytringsevnen redusert eller borte, men denne kommunikasjonen anerkjennes som ekte personlig kontakt (Lorem og Hem, 2011). Den tredje holdningen de omtaler handler om gjenoppretting av mening, dette gjennom praktiske samhandlinger og dialog. Disse holdningene passer overens med de ønsker som pasientene i studiene hadde i forhold til sine omsorgspersoner i den psykotiske fasen, nemlig å ha noen rundt seg som kunne skape stabilitet og gi håp når det var vanskelig (Barr, Ormrod og Dudley 2015, Harris og Panozzo 2019 og Lorem og Hem 2011).

I studien til Lorem og Hem (2011) omtales det hvor utfordrende kommunikasjonen kan være når pasientene har redusert realitetssans og innsikt i egen situasjon. Pasientenes manglende innsikt påvirker deres evne til å anerkjenne behov for hjelp og til å kommunisere et valg. De forteller videre at denne mangelen på innsikt kan skjule pasientens perspektiv og at det kan direkte innvirke på remisjonen til pasientene. Andre er mer skeptiske til at innsiktsnivået har direkte påvirkning på remisjon (Lorem og Hem, 2011). I situasjoner hvor pasientene har redusert innsikt vil det kreve særlig oppmerksomhet og omsorg fra tjenesteyterne. Begrepet «tilpasset forståelse» brukes av forfatterne i denne forbindelse. De viser til tidligere undersøkelser hvor tjenesteytere har gitt uttrykk for at kommunikasjonen har sviktet allerede før den startet. Dette handler om situasjoner hvor det har vært vanskelig å oppfatte pasientens uttrykk som meningsfulle. «Tilpasset forståelse» er at tjenesteytere behandle pasientenes uttrykk som meningsfulle selv om de ikke forstår dem (Lorem og Hem, 2011).

Uttalelser av pasienter i studien til Barr, Ormrod og Dudley (2015) viser at de satte stor pris på forholdet de hadde til sine tjenesteytere og anså dette som en viktig del av sin restitusjonsprosess. Derfor kan det være hensiktsmessig å tilby brukerne muligheten til å velge omsorgs koordinator, dette også underveis i behandlingsløpet hvis forholdet ikke ser ut til å fungere (Barr, Ormrod og Dudley, 2015).

Harris og Panozzo (2019) sin studie, som undersøkte hvordan tjenesteytere og pasienter rangerte relasjonen til hverandre, viste lite variasjon i vurderingene av forholdet, også på perioder over et år. De forhold som ble vurdert lavt rangert forble lave og de forhold som ble vurdert høye forble høye. Om de dårlig rangerte relasjonene påvirker klientresultatene på sikt er et ubesvart spørsmål (Harris og Panozzo, 2019). Barr, Ormrod og Dudley (2015) uttaler at i de tilfeller hvor forholdet mellom pasient og omsorgs koordinator ser ut til å

fungere dårlig, så bør man vurdere om omsorgs koordinator bør byttes ut eller eventuelt tilby pasienten å velge ny omsorgs koordinator.

4.4 Empatisk tilnærming og tillit

Loem og Hem (2011) uttaler at det å skape en tillitsrelasjon handler om at vi tjenesteytere skal evne å skape en allianse hvor målet er å gi den psykotiske pasienten trygghet.

Studiene viser funn som er viktige i dannelsen av en terapeutisk relasjon. Følelsesmessig tilstedeværelse, empatisk tilnærming og tillit trekkes fram (Harris og Panozzo 2019, Loem og Hem 2011, Barr, Ormrod og Dudley 2015, og Blaine og Morvillers 2021).

Funn fra Barr, Ormrod og Dudley (2015) og Blaine og Morvillers (2021) viser at pasientene har et ønske om emosjonell kontakt på et nært empatisk nivå. Dette kommer fram i undersøkelser gjort med pasientene i etterkant av psykotisk fase. På spørsmål i etterkant av psykose hvor det var fokus på arbeidsalliansen i den psykotiske fasen, kommenterte pasientene det faktiske forhold de hadde til sine tjenesteytere. Funnene fra Barr, Ormrod og Dudley (2015) og Blaine og Morvillers (2021) viste at det var viktig for pasientene at tjenesteyter oppriktig brydde seg, hadde en lyttende holdning og at tjenesteyterne viste interesse for innholdet i deres bekymringer. Andre funn fra studiene til Barr, Ormrod og Dudley (2015) og Blaine og Morvillers (2021) var viktigheten av at tjenesteyter tilstreber en empatisk tilnærming som er følelsesmessig tilpasset reaksjonene til pasienten.

Harris og Panozzo (2019) viser til Easter et.al. (2015) som hadde funn rundt empatisk tilnærming og etablering av en terapeutisk relasjon. I denne studien «perspektiver av behandlere og klienter med alvorlig psykisk lidelse angående effektive terapeutiske relasjoner» ytret pasientene at det hadde vært fordelaktig at tjenesteyterne hadde vært følelsesmessig tilstede for dem og vist interesse for deres livsproblemer. Et annet funn fra studien til Easter et.al. (2015) viste at tjenesteyter og pasient kan ha ulike behandlingsmål. Empatisk tilnærming nevnes også i studien til Loem og Hem (2011), noen av tjenesteyterne som deltok i denne studie studien uttalte at dersom de selv var følsomme for pasientens signaler, kjente pasienten godt nok til å tolke signalene, kunne den stilltiende kommunikasjonen danne grunnlag for ytterligere forbedringer i relasjonen. Funn fra Loem og Hem (2011), og Barr, Ormrod og Dudley (2015) viser at pasientene har et ønske

om gode relasjoner til sine omsorgspersoner, de har et ønske bli sett og tatt på alvor og møtt med en empatisk tilnærming. De siste nevnte tema kan tenkes å ha høy verdi for besvarelsen av oppgavens problemstilling som forøvrig var å «hvordan samhandle med den schizofrene for å etablere en god relasjon»

Funn fra Blaine og Morvillers (2021) viser at usikkerhet er noe som gjenspeiler erfaringene til disse pasientene. For å redusere denne usikkerheten kan fagfolk utvikle en terapeutisk allianse med pasienten. Dette med vekt på et dynamisk forhold som er basert på gjensidighet, partnerskap og samarbeid.

Gjennom den terapeutiske alliansen kan man sammen nå de målene som er satt (Blaine og Morvillers, 2021). Usikkerhet er ikke bare noe som rammer pasientene, den kan også påvirker den terapeutiske relasjonen.

Studien til Blaine og Morvillers (2021) hadde til intensjon å undersøke utfordringene som tjenesteytere står i når de prøver å bygge en terapeutisk relasjon til unge schizofrene som står i fare for psykotisk overgang. Her trekkes det fram hvor vanskelig det kan være for tjenesteytere å danne en terapeutisk relasjon til pasientene. Funn viste at stort symptomtrykk medførte at tjenesteytere ble usikre, tvilende og i noen tilfeller kunne den tvilen gå så langt at de begynte å tvile på sine faglige ferdigheter. For å oppnå en terapeutisk relasjon som tar sikte på å minimere de negative effektene av usikkerhet og angst er det hensiktsmessig å slette det vertikale aspektet og forsterke horisontalitet (Blaine og Morvillers, 2021). Funn fra denne studien viser at tjenesteytere legger vekk sine profesjonelle teknikker og posisjonerer seg som en privatperson med sin egen historikk. Tjenesteyterne brukte sine personlige egenskaper til å dyrke nærhet til pasientene. Funn viste at tjenesteyterne inntok en personlig tilnærming som tok sikte på å forstå hva pasientene gikk gjennom, opprette kontinuitet i deres liv og redusere misforståelser. En av teknikkene som ble nevnt var sykepleiere som i utgangspunktet var pålagt å være profesjonelle, som tillot seg å gå inn i en omsorgsstil som minnet om morsrollen (Blaine og Morvillers, 2021).

I studien til Barr, Ormrod og Dudley (2015) kommer det tydelig fram hvor sterkt pasientene ønsket et tillitsforhold. Et tillitsforhold består av flere elementer som sammen kan bidra til et godt forhold mellom pasient og tjenesteyter. Deltakerne i denne studien til Barr, Ormrod og Dudley (2015) trakk fram at de ønsket en omsorgsordinator som oppriktig brydde seg om dem, de ville bli lyttet til, de ønsket å bli verdsatt som et

menneske og ikke bare som en som var syk, de ønsket å bli møtt med en ikke- dømmende tilnærming og de ville gjerne ha samme omsorgsordinator over lengre tid (3år).

4.5 Se mennesket bak diagnosen

Studiene viser at deltakerne ønsker å bli sett som enkeltmennesker med sine egne livserfaringer, ønsker, interesser og behov. Studien til Harris og Panozzo (2019) viste at deltakerne var opptatt av typiske livsfaktorer som bolig og jobb. Ting som var unikt knyttet til pasientens liv og ønsker for fremtiden. Behandlingsteamet var på den andre side fokusert på symptomer, funksjonsnivå, sikkerhet og omsorgsoppgaver. Det ble framtrædende at det var ulike behandlingsmål mellom pasient og tjenesteyter. Harris og Panozzo (2019) viser til Easter et.al. (2015) som antyder at dominansen til den medisinske modellen i behandlingsmiljøer fører til mangel på forståelse av den enkelte pasients behov. Funn i studien viser at det er et misforhold mellom forventningene til pasient og tjenesteyter om hvilke behov som skal dekkes gjennom relasjonen.

Lorem og Hem (2011) omtaler det å finne mening sammen med pasienten. Personer som er i psykose, har et aktivt tolkende forhold til sine egne psykotiske erfaringer. Alle har vi en trang inni oss, som er å forstå ting. En annerkjennelse av at det foregår aktive tolkningsprosesser, også uttrykk som kommer som følge av vrangforestillinger kan være verdifulle situasjoner til å skape mening sammen. Det tar lang tid å etablere en dypere psykologisk innsikt. Derfor er det viktig at tjenesteytere samhandler med pasienten over lengre tid for å gradvis sette seg inn i pasientens historie, personlighet og reaksjonsmønstre. Videre er det hensiktsmessig å se symptomene i sammenheng med pasientens livshistorie for å få overblikk over pasientens tankegang (Lorem og Hem, 2011).

4.6 Selvrapporing, personlig tilnærming

Blaine og Morvillers (2021) mener at det kan være risikabelt å utelukkende fokusere på forebygging av psykosen. Årsaksforklaringen Blaine og Morvillers (2021) har til dette, er at i en slik heterogen gruppe hvor utviklingene er mange, ikke bare psykotiske, men på andre ulike måter også, bør tilnærmingen heller være fenomenologisk tilpasset og følge

hver enkelt pasient på en personlig tilpasset måte. Blaine og Morvillers (2021) tar til orde for å følge hver pasient på en personlig måte, uansett utviklingen av lidelsene. For å møte disse ungdommene, som står i fare for psykotisk overgang, foreslår de ulike metoder og tilnæringer som kan være nyttige. I den prodromale fasen er symptomene psykotiske, men ikke tilstede eller sterke nok til å sette en diagnose. Det er på dette stadiet en svekket psykose som uten behandling kan føre til psykotisk overgang. Blaine og Morvillers (2021) kaller den ene metoden tilpasset stil, med dette mener de at tjenesteyter bør justere sin måte å tilnærme seg pasienten utfra pasientens stil, kommunikasjon, men også ta hensyn til grad av redsel og angst. Målet gjennom en dynamisk og personlig tilnærming er å bygg en terapeutisk allianse til ungdommene i prodromalfasen. Videre viser funn fra studien til Blaine og Morvillers (2021) at selvrappotering er en effektiv måte til å komme i en bedre terapeutisk allianse med pasienten. Selvrappotering, som de uttaler allerede er viktig i den relasjonelle litteraturen, handler om at tjenesteyter utleverer personopplysninger for å skape mer engasjement i det terapeutiske forholdet (Blaine og Morvillers, 2021). Teknikken brukes til å dele følelser, fellestrekk, ideer og strategier med pasienten. Ved å avsløre seg selv, åpne opp om egne erfaringer som kan være lignende det pasienten selv opplever kan det føre til at pasienten lettere aksepterer og finner mening i egne erfaringer. Blaine og Morvillers (2021) viser på dette området videre til sykepleieren Joyce Travelbee, som mente at det terapeutiske verktøyet med bruk av selvet er nødvendig for å bli følelsesmessig involvert. Videre omtalte hun frykten som tjenesteytere kan ha for å bli følelsesmessig involvert med pasientene og at dette kan vanskeliggjøre dannelsen av et terapeutisk forhold til pasienten som skal behandles. Blaine og Morvillers (2021) sier at disse nevnte anbefalingene er del av et reelt paradigmeskifte i Fransk omsorgspolitik på området psykisk helse (Blaine og Morvillers, 2021).

5.0 Drøfting

5.1 Pasienters og tjenesteyteres ønsker og evner til å etablere en relasjon, og faktorer som kan begrense/styrke relasjonen

Funn fra Lorem og Hem (2011) viser at mennesker i psykose har et intenst ønske om kontakt, oppmerksomhet og forståelse samtidig som de frykter nære relasjoner og i tillegg føler seg fortapt og ensomme. Disse pasientene kan ha reduserte evner til å forstå

informasjon og til å kommunisere, dette vanskeliggjør det å tilby hjelp (Lorem og Hoem, 2011). Vernepleieren får et ekstra ansvar for samhandling og dialog når pasientene er psykotiske og har reduserte evner til å kommunisere med de rundt seg. Vernepleieren kan da posisjonere seg som det Brask, Østby og Ødegård (2016) omtaler som ansvarsrollen. Ansvarsrollen dreier seg å ta ansvar for pasienten når pasienten av ulike årsaker har reduserte evner til å ta dette ansvaret selv. Det å overta styringen kan være en viktig del av relasjonsarbeidet. Vernepleieren kan gjennom det å ta styringen trygge pasienten og på samme tid bidra til å styrke relasjonen (Brask, Østby og Ødegård, 2016). I studien til Lorem og Hem (2011) beskrev flere av deltakerne opplevelser som innebar kontakt og forståelse også når den verbale kommunikasjonen sviktet. I disse situasjonene kreves det at tjenesteyter har en følsomhet ovenfor pasienten og at han oppnår personlig kontakt på et empatisk nivå. Dette støttes av Eide og Eide (2007) som mener at vi i vår praktiske yrkesutførelse bør ta pasientens perspektiver på alvor, dette gjennom en tilnærming med empowerment, hvor pasienten får beholde mest mulig makt i situasjonen.

Funnene fra litteraturstudien viser at dagens tjenesteytere har et ønske om å imøtekomme pasientenes behov for kontakt. De ønsker samhandling som kan skape grunnlag for gode terapeutiske relasjoner til sine pasienter. anbefalte teknikker for å få til dette er å møte pasienten med en følelsesmessig og empatisk tilstedeværelse som kan danne grunnlag for å bygge tillit (Harris og Panozzo 2019, Lorem og Hem 2011, Barr, Ormrod og Dudley 2015, og Blaine og Morvillers 2021). Dette står i skarp kontrast til Rund (2016) sine beskrivelser av tilnærmingen man hadde på Lier sykehus i 1969. Hvordan vi ser på og behandler pasientgruppen har endret seg mye. Ifølge Møller (2018) har synet på psykosebehandling endret seg mye de siste årene, metodene som trekkes fram som en del av denne endringen er brukerinvolvering og samtaler med pasienten om selve innholdet i psykosen. Funn fra de 4 valgte artiklene i denne studien, viser at pasientene også har et sterkt ønske om trygge relasjoner hvor tjenesteyter viser empati for dem, tar på alvor det de er opptatt av og forsøker fange opp deres uttrykk i dialogen. Dette støttes av Lorentzen (2003) som mener at en betingelse for at kommunikasjon skal være utviklende er at pasient og tjenesteyter forstår innholdet i dialogen og at det oppleves å være felles. Dette støttes også av Spurkeland (2020) som uttaler at emosjonell tilknytning og tillit er fundamentalt i bygging av Relasjonkompetanse. Til tross for den nevnte velvilje og ønsker tjenesteytere har til å hjelpe og etablere gode relasjoner til pasientene sine, kan det noen ganger være aspekter som innvirker begrensende på relasjonen. Studien til Harris og Panozzo (2019) viste at

tjenesteytere vurderer forholdet de har til sine pasienter lavt i de tilfeller at pasienten har høyt symptomtrykk. En ting med denne studien er at de beviselig har påvist at tjenesteyter og pasienten kan ha ulike vurderinger av relasjonen, samt at grad av symptomtrykk kan være avgjørende for hvor høyt eller lavt man verdsetter relasjonen. Hvordan dette med høyt symptomtrykk påvirker oss tjenesteytere er kanskje noe som bør forskes mere på? Studien til Blaine og Morvillers (2021) avdekket at tjenesteytere kan kjenne på en usikkerhet i møte med unge pasienter i prodromalfasen. Denne usikkerheten medførte at enkelte tjenesteytere ble tvilende til egne faglige kunnskaper (Blaine og Morvillers, 2021). Det er vel legitimt å stille spørsmålet «hvilke utslag vil denne nedvurdering og usikkerhet som tjenesteytere opplever få for involvering og relasjonsbyggingen til disse pasientene?»

5.2 Tid- tilstedeværelse- tillit

Funn viser at tjenesteytere må bruke tid for å få til relasjonsbygging med pasientene (Lorem og Hem, 2011 og Barr, Ormrod og Dudley, 2015). Mange av pasientene er redde. De står i en indre konflikt som gjør det vanskelig å tolke deres kroppsspråk, generelle atferd og tale (Lorem og Hem, 2011).

Funn i (Barr, Ormrod og Dudley, 2015 og Lorem og Hem, 2011) viser at de psykotiske pasientene har et ønske om kontakt og støtte. Den psykotiske pasienten kan ha motstridene tanker og følelser som hemmer deres evne til tenkning og samhandling. Dette kan i andre rekke gi et språk i krise som blir annerledes og som kan bli vanskelig for oss tjenesteytere å forstå (Peleikis og Felldal, 2017). Til tross for at deres tankeverden oppleves å være i kaos, ønsker de tjenesteytere rundt seg som kan skape stabilitet og gi håp. Møller (2018) mener at pasientenes innsikt og evne til medvirkning er bedre i prodromalfasen enn hva som er tilfellet etter psykotisk overgang.

Hvis man mislykkes med å danne en forståelsesfull forbindelse, er det fortsatt mulig å etablere et forhold på et følelsesmessig nivå (Lorem og Hem, 2011). Lorem og Hem (2011) uttaler at selv om pasientene har vanskeligheter med å uttrykke seg gjennom ord, kan de allikevel uttrykke seg gjennom handlinger, oppførsel og følelser. Deres følelser er der og det er gjennom følelsene vi kommuniserer. Slik stilltiende kommunikasjon kan oppleves som autentisk, personlig kontakt, selv om forståelsesavklaringen ofte er diffus (Lorem og Hem, 2011). Studiene viser at de schizofrene pasientene som var i psykose satte stor pris på tilstedeværelsen til sine tjenesteytere (Barr, Ormrod og Dudley, 2015). Owren og Linde (2011) uttalte tidligere at mye av det vernepleiefaglige arbeidet handler om

habiliterings og rehabiliteringsarbeid. I slikt arbeid kreves det at vernepleieren er tålmodig nok til å stå sammen med pasienten gjennom skuffelser og utfordringer over tid. Det å stå sammen med pasienten over tid kan bidra til at pasienten får økt tillit til tjenesteyteren. En forståelse av hverandres signaler kan føre til nærhet, tillit og godt samarbeid (Eide og Eide, 2007). Dette støttes av Spurkeland (2020) som sier at tillit handler om emosjonell tilknytting og at tillit er hoved essensen i alle forhold. Funn fra studien til Lorem og Hem (2011) viste at deltakerne anerkjente hvor viktig stilltiende kontakt var i situasjoner hvor de bare var tilstede for pasienten og hvor pasienten ikke ønsket eller klarte å si noe. Deltakerne mente at denne kontakten var vesentlig for at pasienten skulle få tillit til personalet (Lorem og Hem, 2011).

5.3 Teknikker for å bygge relasjoner

Funn fra studiene viser forskjellige teknikker og framgangsmåter som kan være nyttige for å bygge terapeutiske relasjoner. Her vil et utvalg av disse ramses opp.

Selvreparasjon

Harris og Panozzo (2019) viste i sin studie til McCabe et.al (2016) som omtalte teknikken selvreparasjon. Denne teknikken handler om at tjenesteyter gjør justeringer i dialogen for å sikre klarhet underveis i dialogen. En tjenesteyter som handler slik, respekterer og anerkjenner pasienten som en likeverdig samtalepartner. Dette støttes av Kingdon og Turkington (2007) som mener at kommunikasjonen bør skje mellom likemenn. Med dette mente de at tjenesteyter bør tilstrebe å ha en ikke konfronterende holdning når pasientene har vrangforestillinger og unngå såkalt kollusjon med pasienten, dvs ikke bekreft pasientens vrangforestillinger som riktige.

Tjenesteyterne i denne studien mente at bruken av denne teknikken hadde bidratt til bygge relasjon til pasienten. En svakhet med dette er at studien ikke omtaler pasientens syn på teknikken.

Tilpasset forståelse

Begrepet tilpasset forståelse ble nevnt av Lorem og Hem (2011) i sin studie. Dette i forbindelse med hvordan man tilnærmer seg psykotiske pasienter som har redusert innsikt i egen sykdom. Teknikken handler kort og godt om å anse pasientens uttrykk som meningsfulle allikevel om de er svært vanskelig å forstå. Dette støttes av Peleikis og Felldal (2017) som sier at tankekaoset som de psykotiske opplever kan føre til et

annerledes språk som kan være vanskelig å forstå. Til tross for at det er et språk i krise, har det allikevel betydning. Selv i psykosen er språket nøkkelen til kommunikasjon (Peleikis og Felldal, 2017). Funn fra studien til Barr, Ormrod og Dudley (2015) viste at de psykotiske pasientene verdsatte høyt den relasjonen de hadde til omsorgspersonene rundt seg.

Stilltiende kommunikasjon

Studien til Lorem og Hem (2011) viste at man kan få til meningsfull kontakt som kan gi grunnlag for å styrke relasjonen også når kommunikasjonen svikter. Tjenesteyterne uttalte at til tross for en stilltiende kommunikasjon, hadde deres tilstedeværelse og tilnærming på et følelsesmessig nivå potensialet til å styrke relasjonen. Kingdon og Turkington (2007) har et noe annet syn på taushet. De uttaler at taushet kan være angstfremkallende. Kingdon og Turkington (2007) tar til orde for å holde samtalen gående i en avslappet atmosfære for å minimere pasientens ubehag. Kingdon og Turkington (2007) uttaler at nevnte tilnæringsmåte vanligvis er den mest effektive metode for å etablere gode relasjoner til pasientene. Det kan vel være at begge disse tilnærminger fungerer i praksis gitt at tjenesteyteren klarer å vise omsorg på et nært empatisk nivå eller klarer å ta ansvar for det meste av dialogen når pasienten evne til å kommunisere er dårlig.

Forsterke horisontalitet

Blaine og Morvillers (2021) tok til orde for å forsterke horisontalitet i sin studie. Det de mener med dette er å fjerne det typiske vertikale aspektet som det ofte er i pleie pasient forhold. Funn i denne studien viste at tjenesteyter la vekk sine faglige teknikker og inntok en personlig tilnærming i møte med pasienten. En slik tilnærming til psykotiske pasienter støttes av Kingdon og Turkington (2007) som bruker begrepet befriending. Målet med befriending er å styrke relasjonen til pasienten, dette gjennom å innta en posisjon som venn, hvor man snakker om nøytrale temaer (Kingdon og Turkington, 2007).

Selvrappoterering

Funn fra studien til Blaine og Morvillers (2021) viste god effekt av teknikken selvrappoterering, som handler om at tjenesteytere utleverer opplysninger om eget liv, egne erfaringer for å etablere bedre terapeutiske relasjoner til pasientene. Jeg har selv ved noen anledninger prøvd en slik tilnærming til psykotiske og maniske pasienter i en psykiatrisk avdeling, dette med gode resultater. Derfor var det oppløftende å finne funn som viser at

denne tilnærmingen kan være en god måte å etablere gode relasjoner på. Men til tross for at funn viste gode effekter av teknikken selvrapporing, bør vel vi vernepleiere ha en helhetlig tilnærming hvor vi bruker både faglige og personlige egenskaper. Hvem vi eventuelt deler opplysninger med bør være gjennomtenkt, det er nok ikke alle vi bør utlevere vårt privatliv til. Funn fra studien til Barr, Ormrod og Dudley (2015) viste at de schizofrene pasientene verdsatte høyt det å bare ha noen med seg. Pasientene vil gjerne ha tjenesteytere rundt seg, dette også når symptomtrykket er høyt. Hvilke metoder vi tjenesteytere velger å bruke i denne samhandlingen vil få betydning om vi klarer å forbedre relasjonen til pasienten. Teknikken med selvrapporing kan tenkes å ha en lignende effekt som i «det å forsterke horisontalitet» som ble nevnt av Blaine og Morvillers (2021) ovenfor. Begge metoder har aspekter av personlig tilnærming i seg. I stedet for å innta en bevist rolle som hjelper i dialogen prøver man å styrke horisontalitet hvor man åpner opp om egne erfaringer for å hjelpe pasienten til å finne mening i sine egne erfaringer (Blaine og Morvillers, 2021).

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien stilte spørsmålet «hvordan samhandle med den schizofrene for å etablere en god relasjon»

Funn fra studien viser at de psykotiske schizofrene pasientene har et intenst ønske om kontakt, oppmerksomhet, forståelse og støtte. Når pasientene hadde reduserte evner til å kommunisere, verdsatte de høyt å ha noen med seg. Funn fra studien til Lorem og Hem (2011) viste at tilstedeværelse med stilltiende kommunikasjon potensielt kunne være styrkende for relasjonen til pasientene. Funn viste at tjenesteyterne innretter seg etter pasientenes kommunikasjonsmåte og stil, anerkjenner pasientenes uttrykk som meningsfulle og har en bevissthet om at det tar tid å etablere trygge relasjoner til pasientgruppen. Funn fra studien til Harris og Panozzo (2019) viste gode resultater med teknikken selvreparasjon, som handlet om å repetere eller endre seg underveis i dialogen for å sikre mest mulig klarhet.

En teknikk som viste seg effektiv for å etablere relasjon til pasientene, var teknikken med selvrapporing fra studien til Blaine og Morvillers (2021). Dette går i korte trekk ut på å bedre den terapeutiske relasjonen ved å utlevere opplysninger og erfaringer fra eget liv til pasienten og gjennom dette få bedre kontakt.

Andre funn viste at tjenesteyterne noen ganger la vekk det faglige og inntok en mer personlig tilnærming i forsøket på å gi pasienten trygghet. For å få pasientens tillitt prøvde de etablere kontakt på et følelsesmessig empatisk nivå.

Et annet funn fra studien til Blaine og Morvillers (2021) bør danne grunnlag for refleksjon rundt egen praksis. Dette funnet viste hvilke utfordringer vi tjenesteytere har i møte med schizofrene pasienter. Her kom det fram at når pasientene har stort symptomtrykk så blir tjenesteytere usikre, i noen tilfeller går dette så langt at de begynner å tvile på egne faglige ferdigheter.

Resultatene fra litteraturstudien antyder hvordan vernepleieren kan samhandle med pasienten for å etablere en god relasjon. Først og fremst en bevisstgjøring om at det tar tid, tålmodighet og tilstedeværelse over tid før resultatene vises (Lorem og Hem, 2011 og Barr, Ormrod og Dudley, 2015). Det anbefales en tilnærming hvor man prøver se mennesket bak diagnosen, dette ved å vise interesse for pasienten, pasientens historie, pasientens livsproblemer og pasientens ønsker (Lorem og Hem, 2011). Videre må vi være omsorgsfulle og legge til rette for selvbestemmelse. Tilstrebe å oppnå mest mulig klarhet i dialogen med pasienten for å skape mening og felles forståelse. Stilltiende tilstedeværelse ansees som en metode til å styrke relasjon og noe som beviselig pasientene setter stor pris på (Lorem og Hem, 2011). Resultatene viste at noen ganger er bruk av egne personlige egenskaper den beste tilnærming og omsorg vi kan gi (Blaine og Morvillers, 2021). Da kreves det at vi oppriktig bryr oss og har en følsomhet ovenfor pasienten, som kan danne grunnlag for kontakt på et empatisk nivå. Funnt fra litteraturstudien viste at pasientene verdsetter den terapeutiske alliansen høyt (Barr, Ormrod og Dudley, 2015). Nøkkelen til å oppnå dette er tillit. Alle disse nevnte tilnærminger kan være hensiktsmessige for å oppnå pasientens tillit, hvilke typer intervensjoner pasienten verdsetter i øyeblikket, kan tenkes å variere mellom de ulike stadier i sykdomsutvikling, men også være påvirket av hvor han er i et behandlingsforløp. Dermed kan man vel si at det er en rekke metoder og tilnærminger som kan fungere for å danne gode relasjoner til de schizofrene. En helhetlig tilnærming hvor vernepleieren kan gå mellom partnerrollen, ansvarsrollen og noen ganger pådriverrollen for å ivareta pasienten er å foretrekke. Til tross for alle nevnte anbefalinger og råd er det ikke realistisk at vi får gode relasjoner til alle. Som Barr, Ormrod og Dudley (2015) uttalte, i de tilfeller hvor forholdet ser ut til å fungere dårlig, kan man tilby pasienten å velge omsorgsadministrator selv.

7.0 litteraturliste

Litteraturliste, komplett

Barr, Karen, John Ormrod og Robert Dudley. 2015. "An exploration of what service value about early intervention in psychosis services" I *Psychology and Psychotherapy*. Volume 88. Issue 4. (13.) s 468- 480.

<https://doi.org/10.1111/papt.12051>

Blaine, Vanessa, Jean-Manuel Morvillers. 2021. "From relationship to therapeutic alliance with young adults at risk of psychotic transition: The perspective of mental health professionals" I *Recherche en soins infirmiers*. Bind 145. Utgave 2. (10.) s 122-131.

https:// DOI: [10.3917/rsi.145.0122](https://doi.org/10.3917/rsi.145.0122)

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Brudal, Paul, j. 1999. *Psykosser og psykosebehandling. En modell for psykiatriens hverdag*. Oslo: Tano Aschehoug. (27.) s 116-142.

Cullberg, Johan. 2001. *Psykosser. Et humanistisk og biologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (20.) s 72-77 og 152-165.

Dalland, Olav. 2017. *metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (6.) S 51-56.

Eide, Hilde, Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (37.) s 12-28 og 143-162.

Harris, Barbara og Gina Panozzo. 2019. «Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies- for the schizophrenia population: An integrative review I *Archives of psychiatric nursing*. Volume 33. Issue 1. (8.) s 104-111.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>

Johannessen, Jan Olav, Else Marie Løberg, Ragnar Nesvåg. 2016. «Schizofreni- Klinisk bilde og utbredelse» i *Schizofreni*, red. Bjørn Rishovd Rund. Kap.2. Stavanger: Hertervig Forlag, Akademisk. (13.) s 29-41.

Lorem, Geir fagerjord og Marit Helen Hem. 2011. «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*. Volume 21. Issue 2. (9.) s 114-122.

[https://doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x](https://doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x)

Lorentzen, Per. 2003. *Fra tilskuer til deltaker. Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (6.) s 177-182.

Møller, Paul. 2018. *Schizofreni- en forstyrrelse av selvet. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (13.) s26-29 og 127-135.

Nordlund, Inger, Anne Thronsen, Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis. Grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Owren, Thomas, Sølvi Linde. 2011. «Innledning» I *Vernepleiefaglig teori og praksis. Sosialfaglige perspektiver*, red. Thomas Owren og Sølvi Linde, kap.1. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Peleikis, Elizabeth Dawn, Sivje Cathrine Felldal. 2017. *Schizofreni- til å leve med*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (27.) s 25-51

Rund, Bjørn Rishovd. 2016. «Schizofreni: Behandling og forskning i Norge gjennom 100 år» i *Schizofreni*. red. Bjørn Rishovd Rund. Kap.1. Stavanger: Hertervig Forlag, Akademisk. (15.) s 10-24.

Røkenes, Odd Harald, Per- Halvard Hanssen. 2002. *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Snoek, Jannike Engelstad, Knut Engedal. 2005. *Psykatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer*. Oslo: Akribe Forlag.

Spurkeland, Jan. 2020. *Relasjonskompetanse. Resultater gjennom samhandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kingdon, David, Douglas Turkington. 2007. *Kognitiv terapi ved schizofreni*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (13.) s 64-76.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-06-19-103>. Lest 12/04-2022.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#%C2%A71-3. Lest 12/04-2022.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>. Lest 26/04-2022.

Selvvalgt litteratur

Barr, Karen, John Ormrod og Robert Dudley. 2015. "An exploration of what service value about early intervention in psychosis services" I *Psychology and Psychotherapy*. Volume 88. Issue 4. (13.) s 468- 480.

<https://doi.org/10.1111/papt.12051>

Blaine, Vanessa, Jean-Manuel Morvillers. 2021. "From relationship to therapeutic alliance with young adults at risk of psychotic transition: The perspective of mental health professionals" I *Recherche en soins infirmiers*. Bind 145. Utgave 2. (10.) s 122-131.

[https:// DOI: 10.3917/rsi.145.0122](https://doi.org/10.3917/rsi.145.0122)

Brudal, Paul, j. 1999. *Psykoser og psykosebehandling. En modell for psykiatriens hverdag*. Oslo: Tano Aschehoug. (27.) s 116-142.

Harris, Barbara og Gina Panozzo. 2019. «Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies- for the schizophrenia population: An integrative review I *Archives of psychiatric nursing*. Volume 33. Issue 1. (8.) s 104-111.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>

Lorem, Geir fagerjord og Marit Helen Hem. 2011. «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*. Volume 21. Issue 2. (9.) s 114-122.

<https://doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x>

Lorentzen, Per. 2003. *Fra tilskuer til deltaker. Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (6.) s 177-182.

Møller, Paul. 2018. *Schizofreni- en forstyrrelse av selvet. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (13.) s26-29 og 127-135.

Peleikis, Elizabeth Dawn, Sivje Cathrine Felldal. 2017. *Schizofreni- til å leve med*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (27.) s 25-51

Rund, Bjørn Rishovd. 2016. «Schizofreni: Behandling og forskning i Norge gjennom 100 år» i *Schizofreni*. red. Bjørn Rishovd Rund. Kap.1. Stavanger: Hertervig Forlag, Akademisk. (15.) s 10-24.

Kingdon, David, Douglas Turkington. 2007. *Kognitiv terapi ved schizofreni*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (13.) s 64-76.

8.0 Vedlegg, søkehistorikk

1	Schizophrenia/	107029
2	Psychotic Disorders/	49683
3	1 or 2	143933
4	therapeutic relation*.mp.	3220
5	Therapeutic Alliance/	364
6	Professional-Patient Relations/	28294
7	4 or 5 or 6	31056
8	3 and 7	810
9	limit 8 to yr="2010 -Current"	264
10	limit 9 to english language	239

	Søk	Dato	Database	Resultat	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Schizofrenia/	10/3-2022	Medline	107029			
2	Psychotic Disorders/	10/3-2022		49683			
3	1 or 2	10/3-2022		143933			
4	Therapeutic relation*.mp	10/3-2022		3220			
5	Therapeutic Alliance/	10/3-2022		364			
6	Professional-Patient Relations/	10/3-2022		28294			
7	4 or 5 or 6	10/3-2022		31056			

	Søk	Dato	Database	Resultat	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
8	3 and 7	10/3-2022	Medline	810			
9	limit 8 to yr="2010 - Current"	10/3-2022		264			
10	limit 9 to english language	14/3-2022		239	18	4	1stk Nr 1 (Blaine og Morvillers 2021)
11	limit 9 to english language	16/3-2022		239	5	2	2stk Nr 2 (Lorem og Hem 2011) Nr 3 (Harris og Panozzo 2019)
12	limit 9 to english language	17/3-2022		239	15	4	1stk Nr 4 (Barr, Ormrod og Dudley 2015)