



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Tittel: Relasjonsbygging med personer som har diagnosen schizofreni

Relationship building with people diagnosed with schizophrenia

Kristoffer Robin Bårdsen

Totalt antall sider inkludert forside: 52

Molde, 24.05.2023



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: Thomas Larhammer

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 godkjennelse.

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: 24.05.2023

Antall ord: 11 787

Forord

Forklaring til bruk av malen - Noen veiledende punkt, som du sletter før besvarelsen leveres:

- **Ark 1-4 (Forside, Egenerklæring, Personvern og Publiseringsavtale):**
Skjemautfylling med nedtrekksmenyer og felter.
- **Ark 5 (Antall ord):** Innhold på denne siden kan slettes av de som ikke har krav om å fylle inn antall. Siden kan også brukes til annet innhold, som man ønsker lagt inn før innholdsfortegnelse.
- **Ark 6-7 (Forord og Sammendrag):** Disse arkene er uten sidenummerering. På arkene med Forord og Sammendrag kan du endre overskriftene. Trenger du flere sider til denne delen, se veiledning for hvordan du får et nytt ark uten sidenummerering – i korte trekk: Sett markøren på slutten av arket foran der du vil ha et nytt ark – Velg fanen **Page Layout** – Åpne nedtrekksmenyen **Breaks** – Velg (section break) **Next Page**
- **Ark 8 (Innholdsfortegnelse):** Tabellen med innhold oppdateres etter du har definert overskrifter i selve besvarelsen. Vedlegg listes opp under tabellen, uten sidetall.

Ark 9 og utover (Besvarelsen): Her starter du å skrive (eller kopiere inn) din besvarelse (Innledning osv).

- Overskrifter (hovedkapittel og underkapittel) defineres enkeltvis med stilene (Heading 1-6), som du finner under fanebladet Home. Alle hovedkapittel settes til Heading 1. Videre er det mest vanlig å bruke et eller to nivå for underkapittel, Heading 2 og 3.
- Hvert hovedkapittel kan gjerne starte på ny side. For å ha kontroll på dette benytter du menyvalg **Insert – Page Break** (som er et vanlig sideskift og noe annet enn inndelingsskiftet Next Page) på siden foran nytt hovedkapittel.
- Overskriftene får automatisk nummerering. Dette er ok helt fram til Referanseliste, hvor du tar bort nummereringen.
- Ark med vedlegg: Disse kan gjerne ha sidenummerering, men de defineres ikke med overskrifter fra stilmenyen (siden de ikke skal ha sidetall i innholdsfortegnelsen).

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er skrevet i forbindelse med avslutningen av vernepleierstudiet ved Høgskolen i Molde. Temaet i bacheloroppgaven vil rette seg mot hvordan vernepleieren kan samhandle med personer som har diagnosen schizofreni, for å danne en trygg relasjon. Gjennom bacheloroppgaven vil det innhentes data fra forskningsartikler og annen litteratur som kan belyse ulike tilnærminger som vernepleieren kan benytte for å danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni.

Innledningsvis vil bacheloroppgaven beskrive hvilke utfordringer personer med schizofreni kan ha når det kommer til samhandling og relasjonsbygging. I drøftingen vil resultater fra datainnsamlingen drøftes i lys av teori og opp imot hvordan vernepleieren kan samhandle med personer som har diagnosen schizofreni. I besvarelsen framkommer forskjellige elementer i vernepleierens tilnærming som kan bidra til å danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni. Noen av elementene omhandler blant annet tid og tilstedeværelse, tålmodighet, anerkjennelse og respekt for pasienten. Det kommer fram at vernepleieren kan innta partnerrollen for å kunne danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Formål med oppgaven og vernepleierfaglig relevans	2
1.3	Problemstilling og avgrensning	3
1.4	Forforståelse	4
1.5	Redegjørelse av begrep	5
1.6	Bacheloroppgavens oppbygging	6
2.0	Teoretisk ramme	7
2.1	Fireperspektivmodellen	7
2.2	Vernepleierens kjerneroller	8
2.3	Maslows behovspyramide	10
2.4	Relasjonens betydning	11
3.0	Metode	12
3.1	Litteraturstudie	13
3.2	Datainnsamling	13
3.3	Validitet og reliabilitet	15
4.0	Resultater fra datainnsamlingen	16
4.1	Personer med schizofreni sine erfaringer i relasjoner med helsepersonell	16
4.2	Helsepersonell sine erfaringer – Tillit, empati og samarbeid	16
4.3	Kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasientene	18
4.4	Ulike forventninger, tilpasset tilnærming og ønske om en relasjon	21
5.0	Analyse og drøfting	23
5.1	Tid og tilstedeværelse	23
5.2	Kommunikasjon tilpasset til situasjonen	25
5.3	Bekreftende ferdigheter, tillit og empati	26
5.4	Se personen bak diagnosen og betydningen av respekt	28
5.5	Behovet for å danne en relasjon	32
6.0	Avslutning	34
6.1	Konklusjon	34
	Litteraturliste/Referanseliste	36
	Vedlegg 1	40
	Vedlegg 2	42

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Denne bacheloroppgaven vil rette søkelyset mot hvordan vernepleieren kan samhandle med pasienter som har diagnosen schizofreni for å danne en trygg relasjon.

Diagnosen schizofreni defineres ved at pasienten har hatt psykose med en varighet på over to uker, uten at pasienten har vært alvorlig nedstemt eller manisk (Aarre og Farshbaf 2018). Psykose kjennetegnes ved at pasienten har symptomer og opplevelser som går inn under begrepet «realitetsbrist» (Hartberg 2020). Realitetsbrist innebærer at symptomer, opplevelser og forståelser ikke samsvarer med virkeligheten eller slik andre mennesker opplever virkeligheten (Hartberg 2020).

Schizofreni forekommer hos mellom 0,5% til 1% av befolkningen, og betraktes som den alvorligste psykiske lidelsen (Aarre og Farshbaf 2018). Ifølge Hartberg (2020) så debuterer schizofreni i tidlig voksen alder, som kan medføre at den rammede faller ut av utdanning, jobb og/eller sosiale relasjoner. Hvilke faktorer som kan bidra til forekomsten av schizofreni, kan være ulike. En måte for å forstå hvorfor personer utvikler schizofreni og symptomer på denne psykiske lidelsen, kan være ut ifra *stress-sårbarhetsmodellen*. Stress-sårbarhetsmodellen handler om at symptomer på schizofreni utvikles gjennom en kombinasjon av stress og sårbarhet (Kingdon og Turkington 2007). Sårbarhetsfaktorer ved nevnte modell kan være biologiske eller genetiske, sosiale eller psykiske (Kingdon og Turkington 2007). Genetisk sårbarhet innebærer at sannsynligheten for å utvikle schizofreni øker dersom personer i familien har diagnosen, for eksempel så kan sannsynligheten for å utvikle schizofreni være oppimot 50% dersom begge foreldrene har diagnosen (Kingdon og Turkington 2007). Behandlingen av schizofreni kan bestå av ulike elementer, deriblant antipsykotisk medisin, familieterapi, kognitiv atferdsterapi og sosial ferdighetstrening (Aarre og Farshbaf 2018).

Videre deles schizofreni inn i positive og negative symptomer, hvor positive symptomer innebærer hallusinasjoner, vrangforestillinger, kaotisk atferd og tankeforstyrrelser (Aarre og Farshbaf 2018). De negative symptomene omhandler blant annet redusert initiativ og interesse, kontaktsvakhet og gledeløshet (Aarre og Farshbaf 2018). Ifølge Gråwe (2006) så

vil hallusinasjoner, vrangforestillinger og negative symptomer medføre utfordringer for pasientenes sosiale fungering. Videre har flere pasienter med schizofreni utfordringer vedrørende hukommelse, oppmerksomhet og informasjonsbearbeiding, som kommer til syne ved at pasientene kan bli ukonsentrerte og miste tråden under samtaler (Gråwe 2006). Sentralt ved schizofreni er vrangforestillingene som pasienten opplever, hvor den vanligste formen for vrangforestillinger omhandler paranoide vrangforestillinger som vil si at pasienten føler seg forfulgt (Aarre og Farshbaf 2018). Forfølgelsestypen av vrangforestillinger innebærer at pasienten føler seg overvåket, trakassert eller motarbeidet (Aarre og Farshbaf, 2018). Når pasienten føler seg truet, engstelig eller mistenksom, kan dette komme til syne gjennom fysiske utfall, roping eller en nærgående tilnærming som kan oppleves som ubehagelig for personene rundt pasienten (Hartberg 2020). Personer med schizofreni kan misforstå personlige spørsmål og bruk av humor (Hartberg 2020). Pasienter med schizofreni har ofte stor tiltro til egne vrangforestillinger, som kan medføre vansker i relasjonen til tjenesteytere dersom tjenesteytere forsøker å avkrefte eller bekrefte deres forståelser (Hartberg 2020).

Andre symptomer ved schizofreni kan også påvirke kommunikasjonen mellom pasienten og vernepleieren. Tankeforstyrrelser kan medføre at pasienten under en samtale har vansker med å holde seg til temaet, ikke gir konkrete svar på spørsmål eller snakker på en måte som kan oppleves som uforståelig eller uten sammenheng (Hartberg 2020). En annen faktor som kan medføre utfordringer i kommunikasjonen kan være hallusinasjoner. «Å hallusinere vil si at man har opplevelse av en sanseopplevelse til tross for at det ikke er et reelt grunnlag for noe som stimulerer sansene» (Hartberg 2020, 122). Hallusinasjoner kan være hørselshallusinasjoner i form av å høre stemmer eller synshallusinasjoner i form av å se mennesker eller skikkelser (Hartberg 2020). Hallusinasjonene kan oppleves som realistiske for pasienten, som medfører at hallusinasjonene kan stjele pasienten sin oppmerksomhet (Hartberg 2020). Dette kan komme til syne ved at pasienten snakker eller gestikulerer til personer eller skikkelser som kun pasienten ser (Hartberg 2020).

1.2 Formål med oppgaven og vernepleierfaglig relevans

Hensikten med bacheloroppgaven er å undersøke og redegjøre for forskning som er gjort, for å finne ut av hvordan vernepleieren kan samhandle med pasienter som har diagnosen schizofreni, for å danne en trygg relasjon. Oppgaven vil forsøke å belyse hvilke faktorer

vernepleieren kan være bevisst på når det kommer til relasjonsbygging, og hvilke elementer i tilnærmingen det er som kan bidra til å danne en trygg relasjon.

Owren (2020) formidler at vernepleieren vil ofte jobbe i tjenester hos personer med funksjonsnedsettelse. I FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, deles funksjonsnedsettelse inn i fire typer: fysisk, psykisk, kognitiv og sansemessig (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet 2013, henvist i Owren 2020). Eksempel på en psykisk funksjonsnedsettelse er diagnosen F20 Schizofreni (Owren 2020). Dermed kan personer med schizofreni være en pasientgruppe som vernepleieren kan møte i yrkesutøvelsen. Videre har vernepleiere god kunnskap om kommunikasjon og relasjonsbygging (Fellesorganisasjonen 2022). Ettersom oppgaven ønsker å belyse hvordan vernepleieren kan kommunisere med pasienter med schizofreni for å danne relasjoner, kan vernepleierens kunnskap om kommunikasjon og relasjonsbygging bli sentral. Vernepleierutdanningens innhold kan være bred og omfatte ulike områder. Vernepleierens kompetanse omfatter blant annet kunnskap om helsefag, pedagogikk, psykologi, miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid (Rammeplanen 2005 i Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

Vernepleieren kan vurdere hvilke perspektiv en ønsker å innta i samarbeid med pasienter og brukere, basert på egne verdier, og kunnskapen vernepleieren har dannet gjennom forskning, erfaring og pasienten selv (Brask, Østby og Ødegård 2016). Perspektiv kan handle om hva vernepleieren velger å fokusere på i den gitte situasjonen. Dette kan for eksempel være om vernepleieren ønsker å være fokusert på dialog, mål og mestring eller om at ting skal bli gjort rett til rett tid.

1.3 Problemstilling og avgrensning

Personer med schizofreni kan ha utfordringer med å tolke omgivelser, forstå andre personer sitt kroppsspråk og intensjoner (Hartberg 2020). Ved at personer med schizofreni kan ha vansker med å tolke sine omgivelser og forstå andre personer sine intensjoner, kan det tenkes at dette kan være barrierer når det kommer til å danne trygge relasjoner.

Vernepleierens kompetanse kan være bred og allsidig, og i samsvar med at vernepleieren kan ha god kompetanse om det som omhandler kommunikasjon og relasjonsbygging, i

tillegg til de tidligere nevnte utfordringer pasienter med schizofreni kan ha med kommunikasjon, har dette resultert i følgende problemstilling:

- *Hvordan kan vernepleieren samhandle med pasienter med diagnosen schizofreni for å etablere en trygg relasjon?*

Bacheloroppgavens tema som omhandler det å danne relasjoner til pasienter med diagnosen schizofreni, vil ta utgangspunkt i arenaer som psykiatriske institusjoner, som for eksempel distriktpsikiatriske senter (DPS) og andre psykiatriske avdelinger hvor man kan møte pasientgruppen. Psykoselidelser som schizofreni forekommer stort sett rundt ungdomsalder eller tidlig voksen alder (Hartberg, 2020). Ettersom det oftest er personer som er unge voksne som får diagnosen schizofreni, vil fokuset rettes mot voksne pasienter som er 18 år og eldre. Utover dette så har jeg besluttet å ikke skrive om en bestemt type schizofreni, men heller generelt om personer som har en schizofreni diagnose.

1.4 Forforståelse

Forståelse for ett tema dannes gjennom en ubevisst forforståelse, som innebærer tanker og oppfatninger fra før vi har dannet kunnskap om noe (Gadamer i Thomassen 2020).

Gjennom yrkeserfaring i spesialisthelsetjenesten og kommunen har jeg fått møte personer som har diagnosen schizofreni. Møtene med pasientgruppen har bidratt til refleksjon over egen tilnærming, da jeg noen ganger har opplevd mestring med å danne en trygg relasjon til pasientgruppen. Andre ganger har jeg opplevd at det kan være utfordrende å danne relasjoner med pasientgruppen. Hvorfor jeg vektlegger viktigheten av en god relasjon til pasienter med diagnosen schizofreni, har også en sammenheng med min forforståelse av temaet. Min forforståelse sier at for at pasienter skal få ett godt tjenestetilbud, så bør det ligge en god relasjon og ett godt samarbeid i bunn.

Gjennom yrkeserfaring har jeg fått en opplevelse av at det kan tidvis være utfordrende å danne tillit til personer med schizofreni, som igjen kan bidra til at det blir utfordrende å danne en trygg relasjon. Samtidig har jeg også en opplevelse av at det å danne relasjoner til pasienter med schizofreni, ikke nødvendigvis alltid er like utfordrende. Personer med diagnosen schizofreni kan være svært forskjellige når det gjelder tillit, og det kan derfor være varierende i forhold til hvor utfordrende det kan være å danne en relasjon. Gjennom

ett samarbeid med vernepleiere, sykepleiere, leger og andre profesjoner, har jeg dannet en forståelse for at alle mennesker kan være forskjellige. Hos noen pasienter med diagnosen schizofreni, har jeg opplevd mestring ved å være imøtekommende og vise engasjement for deres situasjon. Hos andre pasienter har jeg opplevd mestring ved å ha en mer rolig og tilbakelent tilnærming, og heller gi initiativet til pasienten. Hvilke tilnærminger er det da som bør benyttes for å danne en relasjon, og hvilke faktorer bør vernepleieren være bevisst på for å etablere en trygg relasjon til pasienter med schizofreni? Det er disse spørsmålene jeg ønsker å finne svar på gjennom denne studien.

1.5 Redegjørelse av begrep

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, § 1-3 bokstav a, 1999).

Helsehjelp: «Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell» (Helsepersonelloven, § 3 tredje ledd, 1999).

Kommunikasjon: Kommunikasjon innebærer at det uttrykkes og veksles mellom verbale og nonverbale signaler mellom to eller flere personer (Eide og Eide 2017). Nonverbale signaler kan blant annet omhandle kroppshenvendelser, blikkontakt, lytting eller et bekræftende nikk (Eide og Eide 2017).

Tillit: Det å vise tillit som helsepersonell vil innebære at en gir slipp på makten og kontrollen som kommer med ved å være i en hjelperrolle, og videre kunne ta risiko. Tillit kan anses som gjensidig ved at det handler om å våge seg inn i noe ubestemt uten den kontrollen man hadde før (Eide og Eide 2017).

Terapeutisk relasjon: Enighet om målene med behandlingen mellom pasienten og fagpersonen, samtidig at det foreligger enighet om oppfølging og behandlingsmetoder vil være elementært i en terapeutisk relasjon (Matre 2020). Den terapeutiske relasjonen med pasienten som har en schizofreni diagnose, vil være målet som vernepleieren jobber for å oppnå i denne bacheloroppgaven.

1.6 Bacheloroppgavens oppbygging

Bacheloroppgaven inneholder seks ulike kapitler. Det første kapitlet er innledningen. Kapittel 2 er teoretisk ramme kapitlet, hvor det presenteres teorier og modeller som vil benyttes til drøftingen opp imot problemstillingen i kapittel 5. I kapittel 3 er metode kapitlet hvor metoden for datainnsamling beskrives. Deretter kommer kapittel 4 hvor resultater fra datainnsamlingen presenteres. Kapittel 5 tar for seg analyse og drøfting hvor forskning og teori drøftes opp imot problemstillingen. Til slutt kommer kapittel 6 med konklusjon for hvordan vernepleieren kan samhandle med pasienter med schizofreni for å danne en trygg relasjon.

2.0 Teoretisk ramme

2.1 Fireperspektivmodellen

Fireperspektivmodellen handler om fire grunnleggende perspektiver eller posisjoner hvor møtet mellom mennesker kan oppleves fra (Røkenes 2006). De fire perspektivene innebærer egenperspektivet, andreperspektivet, det intersubjektive opplevelsesfellesskapet og samhandlingsperspektivet (Røkenes 2006). I tillegg til de fire perspektivene vil samhandlingsprosessen også påvirkes av situasjonen hvor samhandlingen foregår i, som innebærer fysiske elementer og hendelser, den sosiale situasjonen og meningskonteksten (Røkenes 2006). Situasjonen som omhandler den fysiske og sosiale omverdenen hvor samhandlingen foregår i vil være konteksten, som er den ytre rammen for kommunikasjonsprosessen (Røkenes 2006).

Egenperspektivet handler om hvordan vi ser verden fra vårt eget perspektiv på bakgrunn av våre egne holdninger, kunnskaper, erfaringer og personlighet (Røkenes 2006). I sosiale situasjoner går vi inn med vår forforståelse og selvforståelse, som påvirker hvordan vi tolker og forholder oss til andre mennesker sin atferd (Røkenes 2006). Med utgangspunkt i egenperspektivet vil det bli elementært å bli kjent med seg selv og reflektere over betydningen av våre egne erfaringer, kulturbakgrunn, forforståelse, menneskesyn og verdisyn (Røkenes 2006). Ved å reflektere over og ved å bli kjent med oss selv, vil vi kunne være til stede med oss selv i yrkesrollen på en slik måte som er det beste for pasienten (Røkenes 2006). Dersom vernepleieren ikke kjenner seg selv så kan dette komme til skade for pasienter, eksempelvis ved å invadere pasienten sin livsverden på en krenkende måte dersom vernepleieren har utfordringer med å sette grenser (Røkenes 2006).

Andreperspektivet handler om at vernepleieren forholder seg til pasienten sin opplevelse av verden (Røkenes 2006). I yrkesutøvelsen vil vernepleieren møte forskjellige mennesker som er i forskjellige livssituasjoner, med ulik bakgrunn, personlighet, alder og kjønn (Røkenes 2006). Gjennom andreperspektivet vil en møte pasienten der han er og jobbe ut ifra pasientens livssituasjon, slik at andreperspektivet blir ivaretatt (Røkenes 2006). Det intersubjektive opplevelsesfellesskapet handler om å dele meninger og opplevelser i en gjensidig kommunikasjon mellom to parter, som bidrar til at flere sider blir felles i partene

sin egenverden (Røkenes 2006). For å danne et opplevelsesfellesskap, krever det at vi blir møtt og at vi får muligheten til å dele hvordan vi opplever, føler og tenker vedrørende temaer som opptar oss, slik at vi får utvidet vår forståelse av den andre parten (Røkenes 2006). Denne rammen for kommunikasjon kan være elementær for at vernepleieren og pasienten kan forstå hverandre (Røkenes 2006).

Samhandlingsperspektivet handler om at de involverte partene forstår relasjonen og kommunikasjonsprosessen som foregår mellom dem (Røkenes 2006). Dette innebærer å kunne kommunisere om hva som skjer i samhandlingen, den yrkesmessige konteksten og relasjonen (Røkenes 2006). Denne kommunikasjonsstilen kan gjøres ved å innta et metaperspektiv hvor vi inviterer pasienten til å kommunisere om kommunikasjonen (Røkenes 2006). Dette kan for eksempel gjøres ved at vernepleieren etterspør om vedkommende har forstått pasienten sitt budskap korrekt, eller ved at partene reflekterer over hvordan samhandlingen arter seg (Røkenes 2006).

2.2 Vernepleierens kjerneverker

Vernepleierens praksis kan komme til syne gjennom fire sentrale kjerneverker; partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen, og anses som gjenkjennbar i vernepleierens utdanning og erfaringsverden (Brask, Østby og Ødegård 2016). I bacheloroppgaven vil det tas utgangspunkt i partnerrollen og ansvarsrollen, som vil beskrives i dette kapittelet.

Partnerrollen

Med utgangspunkt i problemstillingen som omhandler hvordan vernepleieren kan samhandle med pasienter som har diagnosen schizofreni, kan vernepleierens partnerrolle være relevant. Brask, Østby og Ødegård (2016) beskriver vernepleierens partnerrolle som samhandlingsorientert på individnivå, med fokus på relasjonen og dialogen med pasienter. Videre vil vernepleieren i kraft av partnerrollen være til stede for den andre i øyeblikket, fokusere på å anerkjenne og respektere den andre, med kunnskap om aktiv lytting og å følge pasienten sine interesser (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Benhabib (1992) i Brask, Østby og Ødegård (2016) beskriver to måter vi oppfatter pasienten på; pasienten som seg selv og pasienten som unik. Den første oppfatningen innbyr til respekt, imens den andre oppfatningen vil kunne bidra til innlevelse og sensitivitet, og i partnerrollen vil disse to oppfatningene kombineres i møte med pasienter (Brask, Østby og Ødegård 2016). Partnerrollen innebærer å være sensitiv og oppmerksom i møte med pasienten, med interesse for pasienten sin livsverden, interesser og meninger (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Vernepleierens partnerrolle vil i praksis justere og tilpasse egen tilnærming i nært samarbeid og dialog med pasienten. Videre vil partnerrollens fokus være på det å støtte og anerkjenne den andre, med en oppmerksom sensitivitet for å fange opp den andre sine signaler. De verbale og nonverbale signalene vil bli elementære for vernepleieren å fange opp i møtet med personer som har utfordringer med kommunikasjon, for å videre danne en bevissthet over den andre sine behov og interesser (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Ansvarsrollen

Ved enkelte tilfeller kan det forventes at vernepleieren blir nødt til å innta ansvarsrollen. Vernepleierens ansvarsrolle omhandler en handlingsorientert vernepleier på individnivå, innstilt på å vurdere helse- og sikkerhetsrisiko på vegne av pasienten, dersom pasienten sin vurderingsevne ikke skulle strekke til (Brask, Østby og Ødegård 2016). Ved noen situasjoner må vernepleieren gripe inn før det har blitt etablert trygghet og tillit, men slike situasjoner behøver heller ikke å kun omhandle situasjoner med sikkerhetsrisiko (Brask, Østby og Ødegård 2016). Vernepleieren i kraft av ansvarsrollen kan også gripe inn dersom pasienten opplever sterk uro, kaos eller fortvilelse (Brask, Østby og Ødegård 2016). I slike situasjoner kan vernepleieren ta styring i form av å skjerme pasienten fra inntrykk, benytte strukturerende ordbruk, ta over valg eller sette grenser (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Det at vernepleieren benytter en mer styrende tilnærming kan oppleves nedverdiggende og krenkende, men det kan også oppleves som positivt og ønskelig dersom vernepleieren formidler at tilnærmingen benyttes på grunnlag av å ønske pasienten ve og vel (Brask, Østby og Ødegård 2016). I samhandlingen med pasienter vil ansvarsperspektivet bygge på og alternere mellom brukerperspektivet, i situasjoner hvor brukerperspektivet alene ikke er tilstrekkelig (Brask, Østby og Ødegård 2016). Perspektivet i ansvarsrollen kjennetegnes

ved tenkemåter, forståelser og innfallsvinkler som fokuserer på faglige, etiske og juridiske perspektiver som kan være elementære sider ved en handlingsorientert tilnærming på individnivå (Brask, Østby og Ødegård 2016). Faglige perspektiver kan være vernepleierens kunnskap om helseproblemer blant pasienter, og når pasienter kan ha vansker med å uttrykke ubehag verbalt, vil vernepleierens faglige perspektiver kunne bidra til å fange opp signaler hos pasienten som kan være tegn på sykdom (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Ansvarsrollen kjennetegnes ved en besluttosom, målrettet og aktiv innstilling, hvor vernepleieren vil identifisere den rette handlekraften fra sin personlige kompetanse (Brask, Østby og Ødegård 2016). Elementært for at handlingen skal være faglig og etisk forsvarlig, vil omfatte at handlingen ikke gjennomføres på grunnlag av private egeninteresser (Brask, Østby og Ødegård 2016). Videre settes det krav til at ansvarsrollen er trygg på seg selv når det kommer til å uttrykke meninger og samtidig kunne stå for en handling som kan bli upopulær, men bygges på hva som er det beste for pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016). Tilfeller hvor en handlingsorientert tilnærming kan komme til nytte, kan være i situasjoner hvor det bør iverksettes tiltak for å forhindre en negativ utvikling som kan redusere pasientens livskvalitet vesentlig (Brask, Østby og Ødegård 2016).

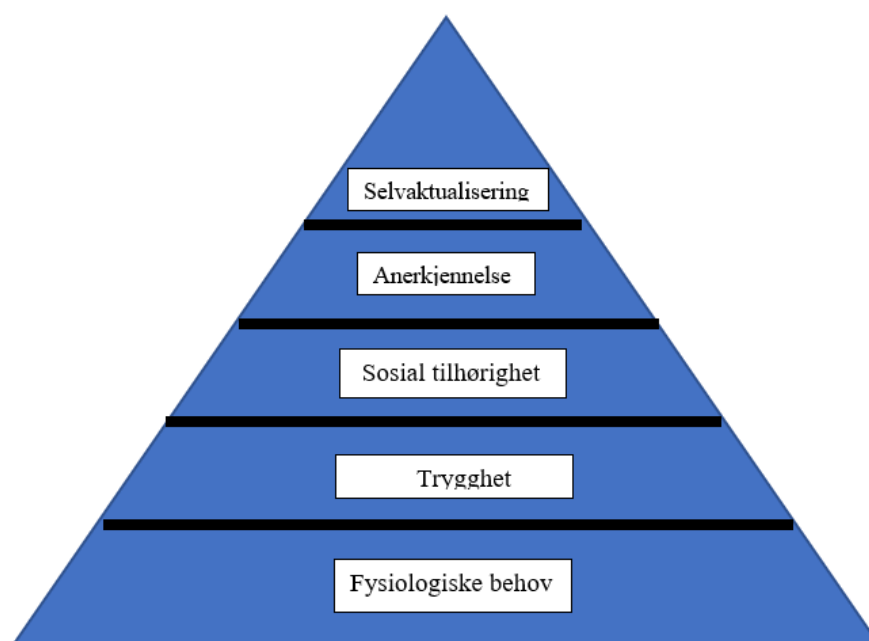
2.3 Maslows behovspyramide

Helgesen (2017) viser til Maslow (1954) sin behovspyramide som omhandler fem sentrale menneskelige behov, fordelt på fem trinn i en hierarkisk pyramide. Det nederste trinnet som kalles for fysiologiske behov handler blant annet om behovet for søvn, mat og drikke (Helgesen 2017). Når de fysiologiske behovene er dekt kommer behovet for trygghet, som omhandler behovet for en trygg og forutsigbar tilværelse (Helgesen 2017).

Trygghetsbehovene har også sammenheng med de andre behovene, for eksempel så vil sosial tilhørighet bidra til å skape trygghet (Helgesen 2017). Når fysiologiske behov og behovet for trygghet er dekt, kommer de psykologiske behovene. «Flere psykologiske faktorer er av fundamental betydning om vi skal oppnå god sosial tilpasning, livskvalitet og psykisk helse» (Helgesen 2017, 83).

Ut ifra Maslow (1954) sin behovspyramide, utdyper Helgesen (2017) at de psykologiske behovene kan deles inn i tre sentrale kategorier. Det første psykologiske behovet er sosiale

behov som omhandler samhandling med personene rundt oss, som bidrar til gode og støttende nettverk, og som videre kan være en grunnmur for å sikre god livskvalitet (Helgesen 2017). Videre handler det andre psykologiske behovet om behovet for anerkjennelse, som innebærer at mennesker har et behov for å bli bekreftet og anerkjent for den man er, uavhengig av våre prestasjoner (Helgesen 2017). Bekreftelsen vil videre kunne medføre mestring og selvutvikling (Helgesen 2017). Når det kommer til det tredje psykologiske behovet så kan dette ses i sammenheng med trinn to i Maslows (1954) behovspyramide, da det tredje psykologiske behovet handler om behovet for trygghet og forutsigbarhet (Helgesen 2017). Det øverste trinnet i behovspyramiden omhandler selvaktualisering, som Kaufmann og Kaufmann (2015) beskriver som et punkt hvor mennesker kan realisere sine potensial i form av iboende evner og egenskaper.



Maslows (1954) behovspyramide, selvlaget med inspirasjon fra Helgesen (2017, 83).

2.4 Relasjonens betydning

Lauveng (2022) formidler at mange personer med schizofreni vil ha behov for trygge relasjoner, fordi de tidligere har vært i relasjoner som har vært preget av vold, overgrep eller mobbing. Relasjonen blir også ansett som sentral av mange pasienter vedrørende hva som hadde vært til hjelp, og hva som hadde bidratt til bedring (Lauveng 2022). Dette

handler om å møte pasienten på en slik måte at vedkommende blir ivaretatt, og ikke at helsepersonell og pasienten skal gå inn i et vennskapsforhold eller lignende (Lauveng 2022). Relasjoner er grunnleggende i alt som vernepleieren foretar seg, og dersom relasjonen ikke blir vektlagt, vil det bli vanskelig å få til noe annet (Lauveng 2022). Kvaliteten i relasjonen mellom personen som mottar hjelp og personen som gir hjelp, vil også være sentral for pasientens tillit til å få hjelp (Røssberg 2008 i Gonzalez 2020). For mennesker som tidligere har vært i vonde relasjoner, vil det også ta lengre tid å bli trygg på nye mennesker (Lauveng 2022). Noen personer med schizofreni har også opplevd flere utskiftninger av behandlere og kontaktpersoner i psykisk helsevern, som har medført at de har sluttet å knytte seg til fagpersoner for å unngå vonde brudd (Lauveng 2022). Fordi mange pasienter med schizofreni tidligere har vært i vonde relasjoner, kan det ta tid å bli trygg i relasjonen med vernepleieren (Lauveng 2022). Pasienter med schizofreni kan ha behov for å få oppfølging av faste ansatte, slik at de slipper å møte mange fremmede som de må forholde seg til (Lauveng 2022).

3.0 Metode

Metode er det verktøyet som benyttes når vi skal samle inn informasjon om det temaet som vi ønsker å undersøke (Dalland 2007). Metoden for datainnsamling innebærer søk på databasene Oria og Medline. Videre vil det velges ut forskningsartikler som er publisert i europeiske land. Inklusjonskriteriene for utvalgt litteratur vil være at forskningen er skrevet om pasienter som er 18 år og eldre, og at litteraturen har blitt skrevet etter år 2000. Fagfelleverderte artikler og artikler som er publisert etter 2010 vil prioriteres. Årsaken til at fagfelleverderte artikler prioriteres, er for å kunne besvare bacheloroppgaven sin problemstilling ut ifra pålitelige referanser. Andre inklusjonskriterier er at litteraturen anses som relevant for å besvare problemstillingen. For å vurdere litteraturens relevans vil det leses tittel og sammendrag av litteraturen, for å avgjøre om litteraturen kan inkluderes i besvarelsen. Ettersom bacheloroppgaven ønsker å finne ut av hvordan vernepleiere kan samhandle med pasienter med schizofreni for å danne relasjoner, så vil inklusjonskriterier blant annet være at litteraturen har skrevet om schizofreni, kommunikasjon og relasjonsbygging med pasientgruppen.

3.1 Litteraturstudie

Ifølge Aadland (2011) så innebærer litteraturstudie at det benyttes skriftlige materialer for å undersøke tematikken. Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie, som innebærer at jeg har innhentet informasjon fra litteratur og forskningsartikler. Metoden som benyttes for å besvare problemstillingen er kvalitativ, som innebærer at det vil innhentes data som ikke lar seg tallfeste, men heller omhandle meninger og opplevelser (Dalland 2020). Den kvalitative tilnærmingen stammer fra den hermeneutiske tradisjonen, hvor tekstene man jobber med tolkes så kreativt og innsiktsfullt som mulig (Aadland 2011). I tillegg til forskningsartikler har det også blitt besluttet å inkludere pensumlitteratur fra studiet, samt litteratur som ikke har blitt inkludert som pensum. Når jeg har valgt ut litteratur som ikke har blitt inkludert som pensum har jeg stilt meg kritisk vurderende til innholdet i litteraturen. Dette innebærer at jeg har stilt meg kritisk vurderende med tanke på hvem som har skrevet litteraturen, og om innholdet er relevant for å belyse hvordan vernepleieren kan samhandle med personer som har diagnosen schizofreni.

3.2 Datainnsamling

For å undersøke hvordan vernepleieren kan samhandle med personer som har diagnosen schizofreni, har det blitt utført systematiske litteratursøk i databasene oria og medline. Medline har jeg valgt å bruke for å kunne innhente relevante artikler som er skrevet både i og utenfor Norge. Ved bruk av medline avgrenses det til at kun europeiske artikler benyttes, hvor fagfellevurderte artikler prioriteres. På medline blir søkeordene gjort på engelsk, da dette er nødvendig for å få treff på relevante artikler. På grunn av at land utenfor Norge ikke har vernepleierprofesjonen, så vil ikke vernepleieren nevnes i engelske forskningsartikler. Likevel vil profesjoner og begreper som «social educator», «health care», «tjenesteyter» og «helsepersonell» kunne linkes opp mot vernepleierens praksis. I tillegg til medline ble det også gjennomført søk på oria, for å finne norske artikler som kan belyse problemstillingen. Oria og medline har blitt benyttet da dette er søkemotorer med mulighet for å gjennomføre systematiske søk med relevante søkeord for å kunne belyse problemstillingen. I tillegg gir begge søkemotorene gode oversikter over funn. Medline er den databasen som hovedsakelig har blitt prioritert, fordi det er medline som har resultert i flest relevante forskningsartikler som kan benyttes for å besvare problemstillingen. Søkeordene som har blitt benyttet for å finne relevant data for å besvare problemstillingen

har blant annet vært; schizofren*, dialog, schizophrenia, therapeutic alliance, surveys.mp. og therapeutic relationship. Se vedlegg 1 for søkeord, antall treff og antall utvalgte artikler.

Videre har jeg også brukt «snøballmetoden». Dette innebærer at jeg har undersøkt andre avhandlinger, artikler og studentoppgaver som også har omhandlet samhandling med personer som har diagnosen schizofreni, med den hensikt å vurdere hvilke referanser og litteratur som har blitt benyttet i lignende studier. Dersom jeg har funnet relevant litteratur som andre har brukt, har jeg selv tatt en vurdering om jeg også kan benytte den samme referansen for å besvare problemstillingen i min egen oppgave. Gjennom snøballmetoden har det blitt inkludert tre forskningsartikler som har blitt ansett som relevant for å undersøke hvordan vernepleieren kan samhandle med personer som har schizofreni.

Under datainnsamlingen har det vært ett fokus på hvor gamle artiklene er. I arbeidsprosessen med bacheloroppgaven har jeg valgt å utelukke artikler som er skrevet før 2000. Samtidig har jeg også ønsket å prioritere artikler som er publisert etter 2010. Det å prioritere artikler som er nyere enn 2010, er fordi jeg ønsker å benytte artikler som er troverdige. Artikler som er publisert mellom 2000-2010 med god relevans for problemstillingen, vil også kunne bli vurdert. Videre har jeg også forsøkt å kun prioritere artikler som er fagfellevurderte.

I utvelgelsesprosessen har det blitt lest titler og sammendrag for potensielle forskningsartikler som kan benyttes for å belyse hvordan vernepleieren kan samhandle med pasienter med schizofreni for å danne en trygg relasjon. Forskningsartikler har blitt ekskludert dersom de ikke har inneholdt titler og sammendrag som anses som relevante for å besvare problemstillingen, eller som ikke har møtt inklusjonskriteriene. For å finne forskningsartikler som kan besvare problemstillingen har det også blitt lest forskningsartikler som ikke nevner vernepleierprofesjonen, dette har blitt nødvendig på grunn av at andre land ikke har vernepleierprofesjonen. Etter grundig bearbeiding og kritisk gjennomgang av potensielle forskningsartikler og teorikapitler har det blitt inkludert et bokkapittel og sju forskningsartikler, hvor tre av forskningsartiklene har blitt funnet gjennom snøballmetoden. Se vedlegg en for søkeord og antall funn, og vedlegg to for oversikt over inkludert litteratur etter litteratursøk.

3.3 Validitet og reliabilitet

Ved innhenting av informasjon som skal besvare problemstillingen, stilles det to krav til datainnhenting (Dalland 2007). Det første kravet innebærer at datainformasjonen som innhentes skal være relevant for problemstillingen, og det andre kravet handler om at datainnhenting skal være pålitelig (Dalland 2007).

Reliabilitet

Dalland (2020) skriver at reliabilitet eller pålitelighet er elementært ved innhenting av data. For å vurdere hvor pålitelig forskningsartiklene er, har jeg først og fremst prioritert om artiklene er fagfellevurderte. Fagfellevurderte artikler innebærer at artiklene har blitt lest av andre forskere, og blitt godkjente. På databasen Oria blir artiklene merket dersom de er fagfellevurderte. På databasen Medline står det ikke om artiklene er fagfellevurderte. For å vurdere artiklene på Medline, har jeg først dannet en oversikt over om de inneholder nødvendige deler som skal høre med i vitenskapelige artikler. Deriblant om de inneholder en metodedel, en resultatdel, diskusjonsdel og om det har blitt vist til andre kilder. For å overprøve artikkelen, har jeg også kontrollert om artikkelen kommer fra ett vitenskapelig tidsskrift. Dette har jeg gjort ved å søke på tidsskriftet på Høgskolen i Molde sine register over vitenskapelige publiseringskanaler.

Validitet

Når det kommer til validitet, altså relevans for problemstillingen, så har dette krevd at jeg er bevisst på hva jeg ønsker å undersøke, og om artiklene har inneholdt den informasjonen som jeg ønsker å undersøke. Dette stiller krav til at jeg forholder meg kritisk til de artiklene jeg leser, ved at jeg aktivt ser etter om artiklene besvarer alle sidene ved problemstillingen (Dalland 2020). I denne oppgaven ønsker jeg å finne ut av hvordan vernepleieren kan samhandle med pasienter med schizofreni for å danne relasjoner. Derfor vil det være sentralt at artiklene omhandler pasienter med schizofreni, og at artiklene skriver om ulike kommunikasjonsmåter og tilnærminger i møter med pasientgruppen. Samtidig som at tematikken i kildene kan være relevante, så må også dataene som innhentes fra kildene også være relevante (Dalland 2020).

4.0 Resultater fra datainnsamlingen

4.1 Personer med schizofreni sine erfaringer i relasjoner med helsepersonell

Williams og Tufford (2012) gjennomførte en undersøkelse med 40 pasienter som har diagnosen schizofreni. Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer hvor pasientene fikk mulighet til å dele tanker og erfaringer om hva som var viktige faktorer i relasjonen til helsepersonell (Williams og Tufford 2012). Pasientene som deltok i denne undersøkelsen var alle voksne, hvor de hadde en gjennomsnittsalder på 41 år. Williams og Tufford (2012) fant ut at det var langt flere positive funn enn negative funn når det kom til pasientene sine erfaringer i relasjonen til helsepersonell. De negative funnene handlet om at pasientene opplevde helsepersonell som nedlatende og forhåndsdommende på grunn av diagnosen. For eksempel så kunne helsepersonell i de negative funnene, kategorisere pasientene ut ifra diagnosen, og anta at de ville være voldelige på grunn av at pasientene hadde diagnosen schizofreni, før de ble kjent med pasientene (Williams og Tufford 2012).

I undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) ble det også delt positive erfaringer som pasientene hadde. Pasientene sine positive erfaringer handlet om samtalen med helsepersonell, hvor samtalen kunne ha et helhetlig fokus som omfattet pasientene sin livssituasjon, og ikke bare den medisinske behandlingen. Det å bli snakket til som et medmenneske var også en sentral faktor av de positive erfaringene som pasientene delte i undersøkelsen til Williams og Tufford (2012). Videre formidlet pasientene i undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) at tjenesteytere som viste respekt, også var en sentral tilnærming som hadde gitt pasientene gode erfaringer i relasjonen. Samtidig var det også sentralt at helsepersonell kunne vise at de brydde seg om pasientene, gjennom oppmuntring og det å vise forståelse for pasientene (Williams og Tufford 2012).

4.2 Helsepersonell sine erfaringer – Tillit, empati og samarbeid

Panozzo og Harris (2021) gjennomførte en undersøkelse med 51 deltakere som jobbet som psykiatriske sykepleiere, og som hadde erfaringer med å samarbeide med pasienter som

hadde diagnosen schizofreni. I denne undersøkelsen redegjorde deltagerne for hva de mente var viktige tilnærminger i relasjonen mellom helsepersonell og pasienten. Ifølge Panozzo og Harris (2021) så var tillit, kommunikasjon, empati og samarbeid sentralt. Dette for å kunne danne en gjensidighet i relasjonen (Panozzo og Harris 2021).

De 51 deltakerne i undersøkelsen til Panozzo og Harris (2021) ble også spurt om hvordan de kunne jobbe for å danne gode relasjoner til pasientene. Ifølge deltakerne så var pasientfokusert omsorg, jobbe mot mål og mestring, bevissthet over egen tilnærming og tillit til den andre parten sentralt (Panozzo og Harris 2021). Andre faktorer som også bidro til å danne terapeutiske relasjoner til pasientene, var det å skape trygghet, vise respekt og jobbe for å redusere stigma (Panozzo og Harris, 2021).

Bielanska, Cechnicki og Hanuszkiewicz (2016) gjennomførte en undersøkelse med 34 pasienter med schizofreni diagnose og 11 av terapeutene deres. Ifølge Bielanska et.al (2016) så vil behandlingen for pasienter med diagnosen schizofreni ofte strekke seg over flere år. Ettersom behandlingen kan vare over flere år, så vil en trygg relasjon mellom tjenesteyter og pasient være essensielt for pasienten sin motivasjon for bedring (Bielanska et.al 2016). For at terapeutene skulle mestre det å danne en relasjon til pasienter med schizofreni, så var det to hovedfunn som viste seg å være sentrale. De to hovedfunnene handlet om at når terapeutene møtte pasienter med schizofreni på en åpen og utadvendt måte, så var dette to sentrale faktorer for å danne en relasjon (Bielanska et.al 2016). Åpenhet og det å være utadvendt ville innebære at tjenesteytere hadde en positiv innstilling, viste omsorg, verdsatte pasientene sine evner til å dele livserfaringer samtidig som de var mottakelige for nye synspunkt fra pasientene sin side (Bielanska et.al 2016). På grunn av at mange av pasientene tidligere hadde vært i vonde relasjoner, så ville disse personlighetsfaktorene hos tjenesteytere bidra til at pasientene kunne føle seg tryggere (Bielanska et.al 2016). Videre ble det funnet ut av tjenesteytere som tok avstand fra pasientene og som viste en større grad av likegyldighet, ville gi pasientene negative erfaringer i relasjon til tjenesteytere (Bielanska et.al 2016).

I undersøkelsen til Bielanska, Cechnicki og Hanuszkiewicz (2016) ble det også funnet ut at det forventes av helsepersonell å være immune mot pasienter sin vilje til å danne en umoden intimitet. Videre ble det funnet ut at helsepersonell bør være fleksible i egen tilnærming slik at de møter pasienten der vedkommende er (Bielanska et.al 2016).

Samtidig viser Bielanska et.al (2016) til at helsepersonell skal opprettholde deres optimisme i samhandlingen med pasientene, og respektere pasientenes behov for privatliv og distanse.

4.3 Kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasientene

Bergman, Preisler og Werbart (2006) gjennomførte en undersøkelse med ni pasienter med diagnosen schizofreni, for å finne ut av hva som gjenkjente god og dårlig kommunikasjon i relasjonen mellom tjenesteytere og pasientene. Her ble det gjennomført 27 intervjuer som ble tatt opp på video. Pasientene som var deltakere i deres undersøkelse var alle over 18 år, og fikk informasjon om intervjuets omfang og hensikt, og fikk da mulighet til å samtykke eller avslå muligheten (Bergman, Preisler og Werbart, 2006). I denne undersøkelsen ble det funnet ut at god kommunikasjon ville innebære at pasientene ble spurt korte og åpne spørsmål, gjerne direkte og med en emosjonell ladning (Bergman, Preisler og Werbart 2006). Emosjonelt ladde spørsmål kunne omhandle eksempelvis ulykker eller frykt for å bli forhåndsdømt ut ifra diagnosen. Ved det som ble ansett som godt fungerende kommunikasjon, kunne tjenesteyteren også følge opp med oppfølgingsspørsmål, vise nonverbalt at han brydde seg ved å lene seg framover og rynke med øyenbrynene (Bergman et.al 2006). Videre ville tjenesteyteren bekrefte pasienten sine følelser både verbalt og nonverbalt, nonverbal bekreftelse omhandlet blikkontakt og nikke med hodet for å formidle forståelse (Bergman et.al 2006). For at tjenesteyteren skulle vise at han brydde seg og bekrefte pasienten verbalt, ville tjenesteyteren reformulere og speile hva pasienten hadde sagt (Bergman et.al 2006). Gjennom det som ble ansett som god kommunikasjon i undersøkelsen til Bergman et.al (2016), ble det erfart at samhandlingen mellom pasienten og tjenesteyteren ble preget av gjensidighet, hvor både pasienten og tjenesteyteren ble aktive i en felles dialog.

Når det kommer til hva som ble ansett som mindre god kommunikasjon i undersøkelsen til Bergman, Preisler og Werbart (2016), så ville tjenesteyteren stille lengre spørsmål på en mer unnvikende og avvisende måte. Den avvisende og unnvikende tilnærmingen kunne komme til syne ved at tjenesteyteren så bort fra pasienten, for eksempel til siden eller ned mot gulvet (Bergman et.al 2006). De lengre spørsmålene ville også kunne virke usammenhengende og forvirrende for pasienten (Bergman et.al 2006). I tillegg kunne tjenesteyteren også unngå samtaler som ville ha et mer emosjonelt preg, ved å heller stille

spørsmål om pasienten sin alder eller hvordan pasienten likte egen leilighet (Bergman et.al 2006). Slike spørsmål kunne videre medføre at pasientene inntok en mer passiv rolle hvor de ga korte svar supplert med ett mer unnvikende kroppsspråk, som kunne komme til syne ved at de unngikk blikkontakt og lente seg bort fra tjenesteyteren (Bergman et.al 2006). Når samtale begynte å gå i en mer emosjonell retning så kunne også tjenesteyteren skifte tema (Bergman et.al 2006). Som et videre resultat så ville de lengre spørsmålene med manglende emosjonell ladning medføre at det oppsto stillhet over lengre tid, og pasientene kunne uttrykke ubehag som kom til syne ved neglebiting og at de lente seg bort fra tjenesteyteren (Bergman et.al 2006). Ifølge Bergman et.al (2006) så ville også den stillheten som oppsto over lengre tid, gi inntrykk av at det var manglende vilje, engasjement og interesse mellom pasienten og tjenesteyteren.

Kingdon og Turkington (2007) beskriver tilnærminger som respekt, forståelse, og et felles språk som tilnærminger som kan benyttes i samhandling med pasienter som har schizofreni. Andre tilnærminger som kan benyttes i samhandlingen med pasienter som har diagnosen schizofreni kan være å forbedre lytteferdigheter, samtidig fokusere på å ikke undervurdere eller opptre nedlatende overfor pasienten (Kingdon og Turkington 2007). Videre vil en annen sentral tilnærming være å benytte et vokabular som passer til pasientens utdanningsnivå (Kingdon og Turkington 2007). Kingdon og Turkington (2007) beskriver *befriending* som en empatisk, aksepterende og støttende teknikk som kan brukes dersom det skulle oppstå manglende engasjement, ubehag eller økt uro mellom pasienten og vernepleieren. Befriending innebærer å være venn med pasienten så langt det er mulig i en profesjonell relasjon, hvor samtalen rettes over mot mer nøytrale og engasjerende temaer som interesser, sport, været eller ferier (Kingdon og Turkington 2007). Denne teknikken hadde som hensikt å redde og gjenopprette relasjonen, slik at det kunne utforskes viktige temaer senere i relasjonen (Kingdon og Turkington 2007).

Lorem og Hem (2011) gjennomførte en undersøkelse med 11 deltagere som hadde erfaringer med å jobbe med personer med psykose. De 11 deltagerne var enten utdannet sykepleiere, psykologer eller psykiatere (Lorem og Hem 2011). Lorem og Hem (2011) fant ut at mange tjenesteytere opplever utfordringer med å danne relasjoner til pasienter som har schizofreni. Utfordringene handler om at pasientene kan framstå som redde, frustrerte eller sinte, samtidig så opplever tjenesteyterne at deres oppførsel, kroppsspråk og tale er i konflikt, som gjør det vanskelig for tjenesteyterne å forstå dem. Videre har tjenesteytere

opplevd at pasientene kan ha utfordringer med å verbalt uttrykke sine opplevelser, samtidig som at deres uttalelser ikke har gitt mening (Lorem og Hem 2011). Lorem og Hem (2011) beskriver at i tilfeller hvor pasienter ikke klarer eller vil forklare deres ubehag, vil tjenesteytere trekke seg tilbake, og heller gjøre seg tilgjengelig dersom pasientene har mulighet til å snakke på et senere tidspunkt (Lorem og Hem 2011).

Videre la tjenesteyterne i undersøkelsen til Lorem og Hem (2011) vekt på å danne relasjoner til pasientene som er bygget på gjensidig forståelse. I undersøkelsen til Lorem og Hem (2011) ble det lagt vekt på tre sentrale holdninger for at tjenesteytere skulle danne en forståelse for pasientene. Den første holdningen handlet om at de skulle være bevisste over at de ikke forstår pasienten, men likevel regne med at de kunne forstå noe, som kunne bygges videre på for å danne en dialog (Lorem og Hem 2011). Den andre holdningen handlet om å vektlegge å danne forståelse for pasienten gjennom den emosjonelle kontakten. Når den verbale kommunikasjonen ikke fungerer, vil man fortsatt kommunisere gjennom oppførsel og følelser (Lorem og Hem 2011). Det å danne forståelse gjennom emosjonell kontakt krever sensitivitet og at tjenesteyterne bruker tid med pasientene, og over tid vil tjenesteytere kunne lære å forstå pasientene sine signaler (Lorem og Hem 2011). Videre ville tjenesteytere fokusere på å bli kjent med pasientene sine interesser, bakgrunn og livshistorie, som videre kunne gi tjenesteytere en forståelse av pasientene sine signaler og hvilken kontekst de forekom i. Når tjenesteyterne ble kjent med pasientene sine signaler, ville de ha samtaler med pasientene for å forsøke å danne en sammenheng mellom pasientene sine signaler, sett i lys av deres livserfaringer. Dersom pasientene opplevde disse sammenhengene som meningsfulle, kunne samtaler mellom tjenesteyteren og pasienten på sikt bli mer og mer normal, og mindre preget av hallusinasjoner (Lorem og Hem 2011).

Pounds (2010) gjennomførte en undersøkelse med en sykepleier som hadde over 20 års arbeidserfaring innen psykisk helse, og tre pasienter med diagnosen schizofreni, for å identifisere nonverbale og verbale tilnærminger som kunne benyttes for å danne en relasjon. Undersøkelsen ble gjennomført i ett rom med to stoler vendt mot hverandre, hvor møtene mellom sykepleieren og pasienten ble tatt opp på video. Hver pasient hadde tre samtaler med sykepleieren, hvor møtene varte mellom 12-19 minutter. I undersøkelsen til Pounds (2010) ble det funnet ut at gode nonverbale tilnærminger hos sykepleieren ville være å lene seg framover på stolen for å vise at hun brydde seg om pasienten. Videre ble

det også funnet ut at sykepleieren var til stede for pasientene og ventet på pasientene sine responser i dialogen, når pasientene hadde utfordringer med å sette ord på det de ønsket å uttrykke (Pounds 2010). Sykepleieren kunne også lene seg tilbake i stolen, vise ett åpent kroppsspråk og reformulere pasientene sine uttalelser verbalt. Når pasientene delte triste erfaringer som dødsfall i familien, ville sykepleieren vise gjennom ansiktsuttrykk at hun brydde seg om pasienten og tok pasienten sine uttalelser på alvor (Pounds 2010).

4.4 Ulike forventninger, tilpasset tilnærming og ønske om en relasjon

Harris og Panozzo (2019) gjennomførte en undersøkelse hvor det ble analysert 15 studier fra 2006 til 2017, for å belyse hvilke faktorer som var sentrale i relasjonen mellom pasienter med schizofreni og helsepersonell, deriblant hvilke faktorer som lå til grunn for at relasjonen ble vurdert som god eller dårlig. Denne undersøkelsen tok også for seg voksne pasienter over 18 år, hvor pasientene som deltok var både kvinner og menn. Ett hovedfunn i forskningen til Harris og Panozzo (2019) var at de ofte fant ett misforhold i relasjonen mellom pasienten og helsepersonellet når det kom til hvilke forventninger de hadde til hverandre. Ifølge Harris og Panozzo (2019) så ville pasienten sitt fokus omhandle egen livssituasjon som bolig, jobb og egne problemer. Helsepersonell på den andre siden ville ha ett større fokus på selve diagnosen, medisinske prioriteringer og kriterier for omsorg og sikkerhet (Harris og Panozzo 2019). Det ble også funnet ut at pasienter med schizofreni har gitt uttrykk for et ønske om en relasjon med tjenesteytere slik at de sammen kan samarbeide, for å kunne finne gode løsninger på de utfordringene som pasientgruppen kan møte på (Gaillard, Shattell og Thomas 2009; Shattell et.al 2014 i Harris og Panozzo 2019). Pasientene hadde også verdsatt tjenesteytere som var emosjonelt til stede og som tok deres livssituasjon på alvor (Harris og Panozzo 2019). I undersøkelsen til Harris og Panozzo (2019) ble det identifisert en teknikk som kalles selvreperasjon. Selvreperasjon innebærer kort forklart at tjenesteytere tilpasser sin egen tilnærming slik at de møter pasientene der de er i samhandlingen (Harris og Panozzo 2019).

Når det kommer til pasientene sitt ønske om å danne en relasjon til helsepersonell, så var dette også ett funn i undersøkelsen til Lorem og Hem (2011). Thomas et.al (2002) i Lorem og Hem (2011) poengterte at pasienter med schizofreni ofte ønsker at tjenesteyterne skal

danne en trygg relasjon til dem. Samtidig ble det også funnet ut at mange tjenesteytere ikke klarer å danne en relasjon til pasienter med schizofreni (Hem et. al 2008 i Kovisto et.al 2004 i Lorem og Hem 2011). Pasienter med schizofreni har ofte ett stort ønske om å få kontakt, oppmerksomhet og forståelse, men samtidig så har de ofte en frykt for slike relasjoner, og disse faktorene kan gjøre det vanskelig for tjenesteytere å gi dem hjelpen de trenger (Lorem og Hem 2011). Ifølge Lorem og Hem (2011) så vil det å oppnå tillit mellom pasienter og tjenesteytere kunne forekomme dersom tjenesteytere viser forståelse for pasientene sine opplevelser.

5.0 Analyse og drøfting

Analysedelen handler om å finne ett mønster av den innsamlede dataen (Stokken, Andenes, Båtevik og Folkestad 2022). Resultatene fra datainnsamlingen pekte på forskjellige tilnærminger som kan bidra til å danne relasjoner med pasienter som har diagnosen schizofreni. Ett fellestrekk med de ulike tilnærmingene, var at de ofte handlet om det som har med personlig kompetanse å gjøre. «I yrker der samspill mellom mennesker er viktig, er vår personlige kompetanse ofte avgjørende for hvor langt vi vil kunne nå med våre teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter» (Skau 2011, 61).

5.1 Tid og tilstedeværelse

Tjenesteyterne i undersøkelsen til Lorem og Hem (2011) vektla det å bruke tid med pasientene for å bli kjent med dem, slik at de kunne lære å tolke pasientene sine signaler når den verbale kommunikasjonen mislyktes. Vektleggingen av tid og tilstedeværelse kan også ses i sammenheng med undersøkelsen til Pounds (2010), hvor sykepleieren ville være til stede for pasientene når pasientene hadde vansker med å uttrykke seg verbalt. Det å bruke tid og fokusere på å være til stede for pasientene kan ses i sammenheng med vernepleierens partnerrolle. Brask, Østby og Ødegård (2016) forteller at partnerrollen vil handle om å være til stede for pasienten i øyeblikket, ved å ha interesse og engasjement for pasientens livsverden og være oppmerksom på pasientens behov. Lorem og Hem (2011) la også vekt på den emosjonelle kontakten og samhandlingen som foregår gjennom oppførsel og følelser, når den verbale kommunikasjonen svikter. I slike situasjoner kan det tenkes at det kreves en sensitiv oppmerksomhet fra vernepleieren i sin tilnærming, slik at vernepleieren kan fange opp og tolke de nonverbale signalene fra pasienten. Gjennom partnerrollen vil vernepleieren ha en sensitiv oppmerksomhet i samhandling med pasientene for å fange opp deres signaler (Brask, Østby og Ødegård 2016). Videre uttaler Brask, Østby og Ødegård (2016) at det vil bli elementært for vernepleieren å kunne se etter mulighetene for kommunikasjon, i stedet for å la barrierer forhindre videre kommunikasjon. Derfor kan det tenkes at vernepleieren i kraft av partnerrollen med fokus på samhandlingen, mulighetene for kommunikasjon og det å være til stede for pasienten, kan være tilnærminger som kan bidra til å danne trygge relasjoner til pasienter med schizofreni.

På en annen side fant Lorem og Hem (2011) ut at tjenesteyterne kunne oppleve pasientene som engstelige, og at pasientene kunne ha utfordringer med å verbalt uttrykke hva som plaget dem. Videre erfarte tjenesteyterne i undersøkelsen til Lorem og Hem (2011) at i slike tilfeller ville tjenesteytere heller trekke seg tilbake og gjøre seg tilgjengelige dersom pasientene hadde mulighet til å uttrykke seg på et senere tidspunkt. Her kan det derimot forstås slik at vernepleierens ansvarsrolle kan komme til nytte, ved at vernepleieren kan skjerme pasienten fra stimuli som skaper ubehag. Brask, Østby og Ødegård (2016) formidler at i situasjoner hvor pasienten opplever sterk indre uro eller kaos, kan en tilnærming være å skjerme pasienten fra inntrykk. Videre forteller Brask, Østby og Ødegård (2016) at slike tiltak på lengre sikt kan bidra til å danne en god relasjon. Derfor kan det også tenkes at det å skjerme pasienten fra stimuli som vekker uro, også kan være en tilnærming som vernepleieren kan benytte for å danne en trygg relasjon.

På en annen side kan det å trekke seg tilbake være hensiktsmessig dersom pasientene har behov for å samhandle med vernepleieren? Hartberg (2020) uttaler at pasienter med paranoide vrangforestillinger blant annet kan føle seg motarbeidet. Dersom pasientene i utgangspunktet har behov for samhandling, men ikke får muligheten til dette grunnet utfordringer med å uttrykke seg verbalt, kan det tenkes at pasientene kan føle seg motarbeidet. Hvis pasienten skulle føle seg motarbeidet, kan dette anses som en faktor som kan medføre utfordringer for vernepleieren til å danne en trygg relasjon. Samtidig forteller Hartberg (2020) at dersom pasientene er engstelige eller mistenksomme, så kan pasientene formidle disse opplevelsene på en slik måte som kan oppleves som ubehagelig for personene og omgivelsene rundt pasienten. Med tanke på at pasienter kan uttrykke engstelse og mistenksomhet på en slik måte som medfører at personene i omgivelsene opplever ubehag, kan det muligens bli nødvendig for vernepleieren å innta ansvarsrollen. Ved å innta ansvarsrollen kan vernepleieren skjerme pasienten for stimuli i situasjoner hvor pasienten opplever indre uro, og en slik handlingsorientert tilnærming kan ha en betryggende og relasjonsbyggende effekt (Brask, Østby og Ødegård 2016). Samtidig uttaler Brask, Østby og Ødegård (2016) at vernepleierens handlingsorienterte tilnærming kan også oppleves som nedverdiggende og krenkende fra pasienten sin side. Her kan det bli sentralt for vernepleieren å kunne formidle at den handlingsorienterte tilnærmingen i form av å skjerme pasienten fra stimuli, har en positiv hensikt hvor vernepleieren ønsker pasienten vel. Ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) vil den handlingsorienterte tilnærmingen lettere oppleves som positivt dersom vernepleieren klarer å formidle at hun

ønsker pasienten vel. Dersom pasienten opplever den handlingsorienterte tilnærmingen som positivt og betryggende, kan det tenkes at dette også kan være en tilnærming som vernepleieren kan benytte for å danne trygge relasjoner til pasienter med schizofreni.

5.2 Kommunikasjon tilpasset til situasjonen

Bergman, Preisler og Werbart (2006) identifiserte både gode og mindre gode tilnærminger vernepleieren kan være bevisst på når det kommer til å samhandle med pasienter som har en schizofreni diagnose. De tilnærmingene som kunne ha en negativ innvirkning på samhandlingen med pasienten, kunne blant annet være lange og usammenhengende spørsmål, samtidig som at tjenesteyterne formidlet spørsmålene på en avvisende måte overfor pasienten (Bergman et.al 2006). Ifølge Bergman et.al (2006) så kunne den avvisende tilnærmingen komme til syne ved at tjenesteytere blant annet unngikk blikkontakt. Denne tilnærmingen fra tjenesteyterne sin side kunne videre bidra til at pasientene kunne uttrykke ubehag nonverbalt, som kom til syne gjennom neglebiting eller at pasientene lente seg bort fra tjenesteyterne (Bergman et.al 2006). Ifølge Gråwe (2006) så vil pasienter med schizofreni ofte ha svekket hukommelse, oppmerksomhet og nedsatt evne til å bearbeide informasjon, som medfører at de kan ha utfordringer med å holde tråden under samtaler. På denne måten kan det tenkes at lange og usammenhengende spørsmål kan bidra til at pasientene ikke klarer å holde tråden i samtaler med vernepleieren. Derfor kan det forstås slik at det kan oppstå utfordringer for vernepleieren i samhandlingen, dersom vernepleieren ikke har kjennskap til hvordan diagnosen kan påvirke dialogen mellom vernepleieren og pasienten. Kjennskap til hvordan schizofreni kan påvirke samhandlingen kan derfor bli sentralt. Videre kan det tenkes at det å tilpasse kommunikasjonen ved å unngå lange og forvirrende spørsmål, kan være en måte for vernepleieren å samhandle på som kan bidra til å danne trygge relasjoner til personer med schizofreni.

Videre fant Bergman, Preisler og Werbart (2006) ut at korte og åpne spørsmål som gjerne var emosjonelt ladde, kunne bidra til at pasienten ble mer aktiv og at dialogen ble mer gjensidig. Ifølge Aarre og Farshbaf (2018) så er gledeløshet, redusert interesse og redusert initiativ blant de negative symptomene ved schizofreni. Kanskje kan det være slik at emosjonelt ladde spørsmål kan bidra til at pasientene opplever økt engasjement og interesse? I undersøkelsen til Bergman et.al (2006) viste det seg at emosjonelt ladde

spørsmål ville bidra til en gjensidig dialog, hvor pasienten kunne bli mer aktiv. Samtidig kan det også tenkes at kortere spørsmål kan bidra til at det blir enklere for pasientene å holde seg til temaet i samtalen. Betydningen av å tilpasse kommunikasjonen i møte med pasienter med schizofreni støttes også av Kingdon og Turkington (2007), som poengterte at det ville være elementært å bruke et vokabular som passer til pasientens utdanningsnivå for å opprettholde engasjement i relasjonen. Med utgangspunkt i at det kan bli sentralt å tilrettelegge kommunikasjonen, kan vernepleierens partnerrolle være en tilnærming som kan bidra til å danne en trygg relasjon. Ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) så vil vernepleieren i partnerrollen vektlegge det å samhandle med pasienten på en forståelig måte. Samtidig kan også vernepleierens kunnskap om pasienter med diagnosen schizofreni bli avgjørende. Brask, Østby og Ødegård (2016) uttaler at vernepleierens kunnskap og erfaringer om pasienten kan bli sentralt for å tilrettelegge for god kommunikasjon slik at vernepleieren og pasienten kan oppnå forståelse for hverandre. Derfor kan vernepleierens kunnskaper om og erfaringer med pasienten bli sentralt. Videre vil det å benytte korte spørsmål, gjerne med emosjonelle tema kunne være en måte for vernepleieren å samhandle på som kan bidra til å danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni.

5.3 Bekreftende ferdigheter, tillit og empati

Flere av undersøkelsene la også vekt på tilnærminger som empati, trygghet, tillit og det å bekrefte pasienten (Panozzo og Harris 2021, Williams og Tufford 2012, Bielanska, Cechnicki og Hanuszkiewicz 2016, Bergman, Preisler og Werbart 2006, Kingdon og Turkington 2007). Når det kommer til empati så innebærer dette å lytte til pasienten, sette seg inn i og forstå pasienten sine tanker og opplevelser (Eide og Eide 2017). Videre formidler Eide og Eide (2017) at empati er elementært for å bekrefte pasientene på en genuin måte. Ifølge Bergman, Preisler og Werbart (2006) så ville god kommunikasjon innebære å bekrefte pasienten sine opplevelser både verbalt og nonverbalt, hvor det nonverbale omhandlet at tjenesteyteren viste blikkontakt og nikket (Bergman et.al 2006). Behovet for anerkjennelse er også sentralt i behovspyramiden i Helgesen (2017), hvor anerkjennelse innebærer å bekrefte pasientene som de unike personene de er. Videre vil bekreftelsen også kunne medføre at pasientene opplever mestring og selvutvikling (Helgesen 2017). Derfor kan bekreftelse anses som en sentral tilnærming i vernepleierens samhandling for å danne relasjoner til pasienter med schizofreni.

På en annen side uttaler Hartberg (2020) at pasienter med schizofreni kan ha stor tiltro til egne vrangforestillinger og hallusinasjoner, og dersom vernepleieren bekrefter eller avkrefter pasientens opplevelser, kan dette medføre vansker i relasjonen. Derfor kan det også tenkes at det å bekrefte pasienten ikke nødvendigvis alltid er en god tilnærming. Med tanke på at både bekreftelse og avkreftelse på pasientens opplevelser kan medføre vansker i relasjonen, kan det tenkes at vernepleieren bør ha en nøytral tilnærming når pasienten deler egne vrangforestillinger. På en annen side, med tanke på at Bergman, Preisler og Werbart (2006) og behovspyramiden i Helgesen (2017) vektlegger anerkjennelse og bekreftelse, kan likevel anerkjennelse og bekreftelse være en sentral del av vernepleierens tilnærming. Det kan forstås slik at vernepleieren kan bekrefte andre erfaringer og opplevelser som pasienten deler, som ikke har en forankring i vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Derfor kan bekreftelse benyttes når pasienten ikke deler vrangforestillingen, og derfor også kunne være en samhandlingsmetode som vernepleieren kan benytte for å danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni.

Betydningen av å bekrefte og verdsette pasienten sine opplevelser kan også ses i sammenheng med undersøkelsen til Bielanska, Cechnicki og Hanuszkiewicz (2016). I undersøkelsen til Bielanska, Cechnicki og Hanuszkiewicz (2016) beskrives to sentrale tilnærminger som kunne bidra til å danne trygghet mellom tjenesteyteren og pasienten. De to tilnærmingene handlet om åpenhet og utadvendthet (Bielanska et.al 2016). Åpenhet og utadvendthet ville omhandle positivitet, vise omsorg og verdsette pasienten sine evner til å dele livserfaringer (Bielanska et.al 2016). Det å verdsette og vise interesse for pasientene sine opplevelser kunne også bidra til at pasientene ble tryggere i samhandlingen (Bielanska et.al 2016). Ettersom det å verdsette og vise interesse for pasientene kan bidra til trygghet, kan partnerrollen bli sentral for at pasientene opplever trygghet. Ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) vil partnerrollen vektlegge anerkjennelse og det å kjenne interesse for den andre. Derfor kan det tenkes at ved å innta partnerrollen, anerkjenne og vise interesse for pasienten, så kan vernepleieren kunne danne trygghet og på denne måten danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni.

5.4 Se personen bak diagnosen og betydningen av respekt

Videre kan det også tenkes å være andre tilnærminger vernepleieren kan benytte i møte med pasientene. Ifølge undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) så ville samtaler som omhandlet hele livssituasjonen til pasienten og ikke bare den medisinske behandlingen, være positive tilnærminger som pasientene hadde erfart i samarbeid med helsepersonell. For at vernepleieren skal oppnå slike samtaler, kan det tenkes at en tilnærming ut ifra andreperspektivet bør ligge til grunn. Andreperspektivet handler om å møte pasienten der han er, og forholde seg til pasientene sine opplevelser slik at andreperspektivet blir ivarettatt (Røkenes 2006). På en annen side kan det forstås slik at for å ivareta andreperspektivet så bør vernepleieren danne en forståelse for hvilke opplevelser pasienten har, men hvordan kan vernepleieren oppnå forståelse for pasientene sine opplevelser? For at vernepleieren skal danne en forståelse for hva som er viktig for pasienten, kan det være slik at vernepleieren bør tilrettelegge for en gjensidig dialog hvor pasienten får mulighet til å dele egne tanker, meninger og opplevelser. Det intersubjektive opplevelsesfellesskapet handler om en gjensidig utveksling av meninger og opplevelser, og på denne måten bedre forstå pasienten (Røkenes 2006). På denne måten kan det tenkes at det å tilrettelegge for en gjensidig dialog hvor vernepleieren og pasienten deler opplevelser og meninger, kan bidra til at vernepleieren danner en økt forståelse av pasienten. Gjennom en gjensidig dialog som medfører økt forståelse, kan dette videre bidra til at vernepleieren blir bevisst over hvordan han kan møte pasientene på en god måte. Etter at vernepleieren har opparbeidet en forståelse for pasientene sitt fokus, kan vernepleieren innta partnerrollen for å samhandle på en slik måte som bidrar til å danne en trygg relasjon. Vernepleieren i partnerrollen vil vektlegge dialog og følge pasienten sine interesser og behov på en fleksibel og tilpasset måte (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det å danne kjennskap med pasientens opplevelser, meninger og holdninger og deretter kunne følge pasienten sine interesser og behov, kan derfor være en tilnærming som vernepleieren kan benytte for å danne trygge relasjoner til pasienter med schizofreni.

Samtidig som at pasientene i undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) verdsetter samtaler som omhandler hele deres livssituasjon, så formidler Hartberg (2020) at pasienter med schizofreni ofte kan misforstå personlige spørsmål. På denne måten kan det også tenkes at det kan bli utfordrende for vernepleieren å samhandle med pasientene for å danne en trygg relasjon. Dersom pasientene verdsetter samtaler som omhandler hele deres

livssituasjon, samtidig som de kan misforstå personlige spørsmål, kan det tenkes at vernepleieren bør finne en balansegang i møte med pasienter som har schizofreni. Ifølge Hartberg (2020) så innebærer paranoide vrangforestillinger ved schizofreni at pasientene kan føle seg mistenksomme eller overvåket. Sånn sett kan det også være slik at personlige spørsmål kan bidra til at pasientene blir mistenksomme. Samtidig formidler Gråwe (2006) at negative symptomer kan medføre utfordringer i samhandlingen. Ifølge Aarre og Farshbaf (2018) innebærer de negative symptomene blant annet gledeløshet og redusert interesse. Derfor kan det tenkes at det kan bli sentralt for vernepleieren å identifisere samtaletemaer som interesserer pasienten og danne en dialog basert på pasientens interesserer, samtidig som at vernepleieren muligens bør forsøke å unngå personlige spørsmål. En slik tilnærming kan kreve at vernepleieren innehar en sensitiv oppmerksomhet for å danne en bevissthet over hvilke samtaletemaer vernepleieren kan ha med pasientene. I slike situasjoner kan vernepleierens partnerrolle bli sentral. Ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) omhandler partnerrollen en sensitiv oppmerksomhet slik at vernepleieren blir i stand til å fange opp pasientens signaler. Gjennom den sensitive oppmerksomheten kan det forstås slik at vernepleieren kan identifisere hvilke samtaletemaer som kan benyttes. Videre kan vernepleieren benytte de samtaletemaene som vekker interesse hos pasientene, og på denne måten danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni.

Det at pasientene i undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) verdsatte samtaler som ikke bare handlet om den medisinske behandlingen, kan muligens også ses i sammenheng med undersøkelsen til Harris og Panozzo (2019). I undersøkelsen til Harris og Panozzo (2019) ble det funnet ut at helsepersonell og pasientene med schizofreni kunne ha ulike forventninger til hverandre. Pasientene i undersøkelsen til Harris og Panozzo (2019) ville fokusere på egen livssituasjon vedrørende jobb, bolig og egne utfordringer, imens helsepersonell ville fokusere på diagnosen og medisinske prioriteringer. For å møte pasientene sine behov og forventninger ble teknikken *selvreperasjon* identifisert, som innebærer at tjenesteyteren justerer egen tilnærming slik at pasientene sine behov og forventninger blir møtt (Harris og Panozzo 2019). På en annen side så kan det tenkes at det å benytte teknikken *selvreperasjon* vil kunne kreve en oppmerksomhet på hvor pasientene sitt fokus befinner seg. Hvis vernepleieren ikke er oppmerksom på hvor pasienten sitt fokus er, kan det tenkes at det kan bli utfordrende for vernepleieren å justere egen tilnærming slik at pasientene blir møtt. For at vernepleieren skal bli oppmerksom på

pasienten sine signaler, kan vernepleieren innta partnerrollen, da partnerrollen omhandler det å være oppmerksom og ha interesse for den andres meninger og livsverden (Brask, Østby og Ødegård 2016). Ved å innta partnerrollen i samhandling med pasienten kan det tenkes at vernepleieren får større forståelse for hvilket fokus og hvilke behov pasienten har. På denne måten kan partnerrollen anses som elementær for at vernepleieren kan tilpasse egen tilnærming, slik at vernepleieren får samhandlet på en slik måte som bidrar til å danne trygge relasjoner til pasienter med schizofreni.

Det å kunne møte og forholde seg til pasientene sine opplevelser kan også støttes med utgangspunkt i Maslows (1954) behovspyramide i Helgesen (2017) når det kommer til de sosiale behovene. Ifølge Helgesen (2017) så vil støttende sosiale nettverk være elementært for opprettholdelsen av helse og livskvalitet. Kaufmann og Kaufmann (2015) beskriver de grunnleggende sosiale behovene som viktige, og at de sosiale behovene omfatter muligheten til å kunne dele våre intime sider og motta støtte og aksept. Derfor kan det tenkes at det kan bli sentralt for vernepleieren å møte pasienter med støtte og aksept, samtidig at pasientene gis muligheten til å dele livserfaringer, og på denne måten danne en trygg relasjon.

På en annen side uttaler Lauveng (2022) at relasjonen mellom vernepleieren og pasienten heller ikke skal utvikle seg til et personlig vennskapsforhold eller lignende. På denne måten kan det forstås slik at det å gi kontinuerlig støtte og aksept, ikke alltid bør benyttes i vernepleierens tilnærming til pasientene. I undersøkelsen til Bielanska, Cechnicki og Hanuszkiewicz (2016) framkom det at det forventes at tjenesteytere skal være immune mot eventuelle viljer fra pasientene sin side til å danne en mer intim relasjon. Dersom pasienter skulle uttrykke ønske om en mer intim eller personlig relasjon, kan det muligens bli nyttig for vernepleieren å benytte en mer strukturerende tilnærming, slik at relasjonen forblir profesjonell. Ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) kan det bli relevant å benytte strukturerende tilnærminger i form av grensesetting eller strukturerende ordbruk, parallelt som vernepleieren jobber med relasjonelle forhold. Samtidig kan det også være slik at en for strukturert tilnærming med kun fokus på medisinske prioriteringer, heller ikke vil ha en relasjonsbyggende effekt. Dersom vernepleieren benytter en strukturert tilnærming med fokus på medisinske prioriteringer, som tjenesteyterne i undersøkelsen til Harris og Panozzo (2019) gjorde, kan dette medføre at pasientens behov ikke blir ivarettatt. Derfor kan en god samhandling fra vernepleieren sin side kunne kreve en god rollebevissthet når

det kommer til å danne trygge relasjoner. Dette poengterer også Brask, Østby og Ødegård (2016) som uttaler at rollebevisstheten til vernepleieren vil ha en elementær betydning når vernepleieren jobber med relasjonelle forhold parallelt med strukturerende tilnærminger. På denne måten kan det forstås slik at kombinasjonen mellom ansvarsrollen og partnerrollen og en bevissthet over disse, kan være elementære i vernepleierens samhandling for å etablere trygge relasjoner til pasienter med schizofreni.

For at vernepleieren skal kunne se personen bak diagnosen, kan det også tenkes at det kan bli sentralt å bli bevisst over egne holdninger og egen forforståelse av personer som har diagnosen schizofreni. I undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) ble det identifisert holdninger fra helsepersonell sin side som kunne påvirke relasjonene negativt, ved at helsepersonell kunne være nedlatende og framstå dømmende overfor pasientene på grunn av at de hadde diagnosen schizofreni. For eksempel så kunne helsepersonell ha antagelser om at pasientene ville være voldelige, til tross for at de ikke hadde grunnlag for å kunne anta at pasientene i undersøkelsen ville være voldelige (Williams og Tufford 2012). Det kan forstås slik at dersom vernepleieren framstår nedlatende i møte med pasienter, kan dette bli en tilnærming som vil medføre utfordringer for vernepleieren når det kommer til å danne trygge relasjoner til pasientene. For å unngå at slike utfordringer oppstår og for å kunne se pasienten bak diagnosen, kan det bli fruktbart for vernepleieren å reflektere ut ifra egenperspektivet. En del av egenperspektivet går ut på å reflektere over egen forforståelse og erfaringer, slik at vernepleieren kan være til stede for pasientene på en trygg og ivaretagende måte (Røkenes 2006). Ifølge Røkenes (2006) så vil vernepleieren kunne invadere og krenke pasientens livsverden, dersom vernepleieren ikke er kjent med egne holdninger, erfaringer og egen forforståelse. Det at helsepersonell i undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) møtte pasientene med nedlatende holdninger, kan tenkes å komme av manglende kjennskap til egen forforståelse og egne holdninger. Derfor kan refleksjon over egne holdninger og egen forforståelse, kunne bli grunnleggende for at vernepleieren får samhandlet med pasientene på en trygg og ivaretagende måte, som videre kan bidra til at vernepleieren får dannet trygge relasjoner til pasienter med schizofreni.

Pasientene i undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) og deltagerne i undersøkelsen til Panozzo og Harris (2021) la også vekt på betydningen av å vise respekt. Respekt kan anses som elementært i vernepleieren sin tilnærming til pasienter som har diagnosen schizofreni. Med tanke på at pasientene i undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) la

vekt på viktigheten av å bli møtt med respekt, kan det forstås slik at dette har sammenheng med at pasientene hadde erfaringer hvor de tidligere hadde blitt møtt med nedlatende holdninger. Med utgangspunkt i undersøkelsene til Williams og Tufford (2012) og Panozzo og Harris (2021) kan det tenkes at en tilnærming for vernepleieren i møtet med pasienter som har schizofreni, kan være å fokusere på å vise respekt og anerkjenne pasientene for hvem de er. Behovet for respekt og anerkjennelse er også et grunnleggende behov i Maslows (1954) behovspyramide i Helgesen (2017). Her kan også vernepleierens partnerrolle bli sentral, ved at partnerrollen vektlegger det å anerkjenne pasienten for den de er (Brask, Østby og Ødegård 2016). Derfor kan det å vise respekt og anerkjenne pasientene, være tilnærminger som vernepleieren kan benytte for å danne trygge relasjoner til pasienter med schizofreni.

5.5 Behovet for å danne en relasjon

Lorem og Hem (2011) fant ut at pasienter med schizofreni ofte ønsker å danne en relasjon til helsepersonell. Tilsvarende funn om at pasienter med schizofreni ønsker en relasjon til helsepersonell ble også identifisert i undersøkelsen til Harris og Panozzo (2019). Samtidig ble det funnet ut at pasienter med schizofreni også har en frykt for å danne relasjoner (Lorem og Hem 2011). Årsaken til at pasienter med schizofreni kan ha denne frykten, kan tenkes å komme av ulike årsaker. Ifølge Lauveng (2022) har personer med schizofreni ofte vært i tidligere relasjoner hvor de har blitt skadet, for eksempel gjennom vold, overgrep eller mobbing. Med tanke på at pasienter med schizofreni kan ha opplevd vold, overgrep eller mobbing, kan det forstås slik at vernepleieren bør tilrettelegge for at pasientene opplever trygghet. Ifølge Lauveng (2022) vil en trygg relasjon vil være til hjelp hos pasienter som tidligere har vært i vonde relasjoner. Det å møte pasientene med trygghet, kan tenkes å gjøres ved at vernepleieren blant annet anerkjenner, respekterer og lytter til pasientene. For å ha en slik tilnærming kan vernepleieren innta partnerrollen, da partnerrollen vektlegger anerkjennelse, dialog, lytting og understøtting i møte med pasienter (Brask, Østby og Ødegård 2016). Derfor kan det forstås slik at det å anerkjenne, respektere og lytte til pasientene kan være en tilnærming vernepleieren kan benytte for å danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni.

Betydningen av å skape trygghet støttes også av Panozzo og Harris (2021) som formidler at det å skape trygghet vil være en sentral oppgave ved helsepersonells møte med pasienter som har diagnosen schizofreni. Samtidig uttaler Lauveng (2022) at på grunn av tidligere vonde relasjoner, kan det ta lengre tid for pasientene å bli trygge. Med utgangspunkt i Maslows (1954) behovspyramide så uttaler Helgesen (2017) at trygghet omhandler behovet for en trygg og forutsigbar tilværelse. Noen pasienter har opplevd at fagpersoner innen psykisk helsevern kommer og går, og for å unngå vonde brudd har pasientene blitt vant til å ikke knytte seg til fagpersoner (Lauveng 2022). Den manglende forutsigbarheten som kan forekomme gjennom utskiftninger av fagpersoner som pasienten har å forholde seg til, kan forstås som en faktor som kan gjøre det vanskelig å danne en trygg relasjon. Derfor poengterer Lauveng (2022) at pasienter med schizofreni vil av den grunn ha behov for oppfølging av faste ansatte, slik at de slipper å forholde seg til mange fremmede mennesker. På denne måten kan det forstås slik at vernepleierens partnerrolle kan bli elementær, da partnerrollen vektlegger tålmodighet om å stå i samarbeidet over tid (Brask, Østby og Ødegård 2016). Dersom vernepleieren innehar en tålmodighet om å stå i samarbeidet over tid, kan det tenkes at vernepleierens tilstedeværelse kan bidra til økt forutsigbarhet, som videre kan bidra til å danne en trygg relasjon til personer med schizofreni.

6.0 Avslutning

6.1 Konklusjon

Gjennom dette studiet har det kommet fram forskjellige elementer i samhandlingen som vernepleieren kan benytte for å danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni. Det framkommer at pasienter med schizofreni kan ha utfordringer med å verbalt uttrykke seg (Lorem og Hem 2011 og Pounds (2010). Videre kan det også bli sentralt å tilpasse kommunikasjonen, slik at pasientene kan holde tråden under samtaler (Bergman, Preisler og Werbart 2006). Andre elementer som gikk igjen, var betydningen av å bekrefte og anerkjenne pasientene (Bergman et.al 2006). Det viser seg også at det kan komme til nytte å ha samtaler som omhandler pasientens livssituasjon, og ikke bare den medisinske behandlingen (Williams og Tufford 2012 og Harris og Panozzo 2019). Videre kan det også bli sentralt at vernepleieren møter pasientene med et åpent sinn og viser respekt, ved å bli bevisst over egen forforståelse. I undersøkelsen til Williams og Tufford (2012) viste det seg at negative antagelser om pasientene grunnet diagnosen, var en tilnærming som virket negativt inn på relasjonen. Videre kan det også bli sentralt at vernepleieren er bevisst på at det å danne en trygg relasjon kan kreve tid, da pasienter med schizofreni kan ha en frykt for relasjoner (Lorem og Hem 2011), og at de tidligere har opplevd vonde relasjoner (Lauveng 2022)

Hvordan vernepleieren kan samhandle med pasienter som har schizofreni for å danne en trygg relasjon, kan tenkes å bestå av ulike elementer. Blant annet kan det anses som sentralt for vernepleieren å være tålmodig, ved å vente på at pasientene får verbalt uttrykket seg og være bevisst over at det å danne en relasjon kan ta tid. En slik tilnærming kan vernepleieren benytte ved å innta partnerrollen. Partnerrollen handler om å være tålmodig og til å kunne stå i samarbeidet over tid (Brask, Østby og Ødegård 2016). Videre kan vernepleierens evne til å tilpasse kommunikasjonen bli sentralt slik at han kan bli forstått av pasientene. Brask, Østby og Ødegård (2016) uttaler at gjennom partnerrollen vil vernepleieren fokusere på å kommunisere på en forståelig måte i møte med pasienter. Med tanke på at det å anerkjenne og bekrefte pasienten har vist seg å være gode tilnærminger, kan anerkjennelse og bekreftelse anses som noe vernepleieren også kan benytte for å danne en trygg relasjon til pasienter med schizofreni. Ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) vil partnerrollen ha fokus på anerkjennelse i møte med pasientene. Vedrørende bekreftelse

kan det bli sentralt at vernepleieren bekrefter andre opplevelser som pasienten har, som ikke har en forankring i pasienten sine vrangforestillinger. Bekreftelse på pasientens vrangforestillinger kan medføre vansker i relasjonen (Hartberg 2020). Videre kan det også bli sentralt for vernepleieren å se personen bak diagnosen, møte pasientene der de er og kunne benytte samtaletemaer som ikke bare handler om den medisinske behandlingen. Her kan også partnerrollen bli sentral, ved at partnerrollen vil ha fokus på dialog og følge pasientenes interesser og initiativ på en fleksibel og tilpasset måte (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det kan derfor tenkes at det å samhandle med pasienter for å danne en trygg relasjon kan være komplekst og bestå av ulike elementer. For at vernepleieren skal samhandle med personer som har diagnosen schizofreni for å danne en trygg relasjon, kan det forstås slik at det å innta partnerrollen kan bli sentralt.

Litteraturliste/Referanseliste

- Aadland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg – Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Aarre, Trond F. og Mehdi Farshbaf. 2018. «Psykoselidelser». I *Psykatri for helsefag*, redigert av Trond F. Aarre, 107-135. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bergman, Helena Fatouros, Gunilla Preisler og Andrzej Werbart. 2006. «Communicating with patients with schizophrenia: characteristics of well functioning and poorly functioning communication» *Taylor & Francis Online*.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp047oa>
- Bielanska, Anna, Andrzej Cechnicki og Igor Hanuszkiewicz. 2016. «The significance of the personality traits of schizophrenic patients and their therapists for the therapeutic alliance» *Europe PMC*.
<https://europepmc.org/article/med/27847928>
- Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerneroller – En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, Olav. 2020. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fellesorganisasjonen. 2022. «Vernepleiere i psykisk helse». Oppdatert 18.03.2022.
<https://www.fo.no/hvor-jobber-vernepleieren/vernepleiere-i-psykisk-helse-article13491-3588.html>

- Gonzalez, Marianne Thorsen. 2020. «Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del». I *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*, redigert av Marianne Thorsen Gonzalez, 44-54. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Gråwe, Rolf W. 2006. «Sosial ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske lidelser». I *Schizofreni*, redigert av Bjørn Rishovd Brun, 223-238. Stavanger: Hertervig Forlag.

- Hartberg, Cecilie Bhandari. 2020. «Psykoselidelser». I *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*, redigert av Marianne Thorsen Gonzalez, 121-129. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Harris, Barbara A. og Gina Panozzo. 2019. «Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review» *Archives of Psychiatric Nursing*.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>

- Helgesen, Leif A. 2017. *Menneskets dimensjoner – Lærebok i psykologi*. Oslo: Cappelen Damm AS.

- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64*.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Kaufmann, Geir og Astrid Kaufmann. 2015. *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kingdon, David G. og Douglas Turkington. 2007. *Kognitiv terapi ved schizofreni*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Lauveng, Arnhild. 2022. *Grunnbok i psykisk helsearbeid for vernepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Lorem, Geir Fagerjord og Marit Helene Hem. 2011. «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 vol 21 issue 2*, 114-122.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x>
- Matre, Espen Arnfinn Winther. 2020. «Ungdom med sammensatte vansker; to pasienthistorier». I *Håndbok i miljøterapi – Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming*, redigert av Trine Lise Bakken, 139-147. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie - Kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Owren, Thomas. 2020. «Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming». I *Vernepleiefaglig teori og praksis – Sosialfaglige perspektiver*, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde, 27-44. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Panozzo, Gina og Barbara Harris. 2021. “Psychiatric Nurses’ Perceptions of Therapeutic Alliance With Individuals With Schizophrenia: A Survey Study” *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*.
<https://journals.healio.com/doi/10.3928/02793695-20210107-01#d1e460>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Pounds, Karen Goyette. 2010. “Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study”. *Taylor & Francis Online*.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2010.518337>
- Røkenes, Odd Harald. 2006. «Relasjonskompetanse og kommunikasjon». I *Bære eller breste – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, redigert av Odd Harald Røkenes og Per-Halvard Hanssen, 7-42. Bergen: Fagbokforlaget.

- Skau, Greta Marie. 2011. *Gode fagfolk vokser – Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm AS.

- Stokken, Roar, Ellen Andenes, Finn Ove Båtevik og Bjarte Folkestad. 2022. *Handbok for førstegongsforskaren – Den gode empiriske oppgåva i sosialt arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Thomassen, Magdalene. 2020. «Hermeneutikk som refleksjon og livsfortolkning». I *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*, redigert av Dag Jenssen, Monica Kjørstad, Sissel Seim og Per Arne Tufte, 162-187. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Williams, Charmaine C. og Lea Tufford. 2012. «Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness».
<https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/psyc.2012.75.2.190>

Vedlegg 1

Søk	Søkestrategi	Treff	Potensielt relevant	Inkludert
Oria				
1	(schizofren*)	1009	n.a (ikke vurdert grunnet for høyt antall treff)	
2	(schizofren*) OG (dialog)	10	3	1
Medline				
1	Schizophrenia	110 195	n.a (ikke vurdert grunnet for høyt antall treff)	
2	Therapeutic Alliance	28 491	n.a (ikke vurdert)	
3	surveys.mp.	761 533	n.a	
4	(Schizophrenia) AND (Therapeutic Alliance) AND (surveys.mp.)	3	3	1
Medline				
1	Therapeutic Alliance	443	n.a	
2	Schizophrenia	110 195	n.a	
3	(Therapeutic Alliance) AND (Schizophrenia)	16	8	1
Medline				
1	Schizophrenia	110 195	n.a	
2	Personality	41 476	n.a	

3	Therapeutic relationship.mp.	2647	n.a	
4	(Schizophrenia) AND (Personality)	742	n.a.	
5	(Schizophrenia) AND (Personality) AND (Therapeutic relationship.mp.)	2	1	1

Vedlegg 2

	Referanse	Metode for funn
Artikler		Søk i Oria
“Communicating with patients with schizophrenia: characteristics of well functioning and poorly functioning communication”	Bergman, Helena Fatouros, Gunilla Preisler og Andrzej Werbart. 2006. “Communicating with patients with schizophrenia: characteristics of well functioning and poorly functioning communication” <i>Taylor & Francis Online</i> https://doi.org/10.1191/1478088706qp047oa	(schizofren*) OG (dialog)
Artikler		Søk i Medline
“The significance of the personality traits of schizophrenic patients and their therapists for the therapeutic alliance”	Bielanska, Anna, Andrzej Cechnicki og Igor Hanuszkiewicz. 2016. “The significance of the personality traits of schizophrenic patients and their therapists for the therapeutic alliance” <i>Europe PMC</i> . https://europepmc.org/article/med/27847928	(Schizophrenia) AND (Personality) AND (Therapeutic relationship.mp.)
“Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies for	Harris, Barbara A. og Gina Panozzo. 2019. “Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies for the schizophrenia population: An integrative review” <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> . https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003	(Therapeutic Alliance) AND (Schizophrenia)

the schizophrenic population: An integrative review”		
“Psychiatric Nurses’ Perceptions of Therapeutic Alliance With Individuals With Schizophrenia: A Survey Study”	Panozzo, Gina og Barbara Harris. 2021. “Psychiatric Nurses’ Perceptions of Therapeutic Alliance With Individuals With Schizophrenia: A Survey Study”. <i>Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services</i> . https://journals.healio.com/doi/10.3928/02793695-20210107-01#d1e460	(Schizophrenia) AND (Therapeutic Alliance) AND (surveys.mp.)
“Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals’ experiences in communicating and interacting with patients”	Lorem, Geir Fagerjord og Marit Helene 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 vol 21 issue 2</i> , 114-122. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x	Snøballmetoden
“Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness”	Williams, Charmaine C. og Lea Tufford. 2012. “Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness”. https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/psyc.2012.75.2.190	

<p>“Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study”</p>	<p>Pounds, Karen Goyette. 2010. “Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study”. <i>Taylor & Francis Online</i>. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2010.518337</p>	
<p>Bokkapittel</p>		<p>Gjennomgang av pensumlitteratur/litteratur utenfor pensum</p>
<p>«Den terapeutiske relasjonen»</p>	<p>Kingdon, David og Douglas Turkington. 2007. <i>Kognitiv terapi ved schizofreni</i>. Oslo: Universitetsforlaget AS.</p>	