



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 307

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7972

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 17
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Viktigheten av en god relasjon mellom vernepleier og tjenestemottaker med sosial angst

The importance of a good relationship between a social worker and service recipient with social anxiety

Kandidatnr: 307

Vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 14/05-2021

Abstract:

Background: In the Norwegian population, about one in four will suffer from an anxiety disorder during their lifetime, and approximately 15% during a year (FHI, 2019).

Approximately two to five% of the population have social anxiety and during their lifetime 10-15% will experience periods of social anxiety (NHI, 2020). In various practices, I have met people who struggle with an anxiety disorder, and seen how this affects their daily lives, especially those with social anxiety. I built several relationships during practice and saw the importance and significance of a good relationship.

Purpose: The purpose of this assignment is to shed light on how a social worker can use his competence to create a good relationship with the service recipient who has social anxiety and support for coping.

Method: Literature study

Results: The articles explain how service providers can contribute to create a good relationship through empathy, attitudes and competence, and what a service recipient wants from a service provider to develop a good and trusting relationship. The results of the findings refer to the importance - and dissemination - of competence in relation to service recipients with social anxiety, and how the use of empathy level is used according to each service recipient's needs. At the same time, it is pointed out that *time* is a major influence on the development of the relationship.

Conclusion: A good relationship consists of empathy, trust, competence, information, knowledge, humor, communication, interaction, understanding, respect and security. Through a good relationship, the social worker can support the coping of the social anxiety of the service recipient, but it takes time.

Angst

*Jeg har sett deg før -
du har alltid vært der
i de nærmeste krokene -*

*du har stengt
alle de dørene
jeg ønsket å åpne -*

*når jeg ville ut
i livet -
har du rolig
lukket døren
foran meg-
og sagt:*

*«Det er best
sånn».*

- Edel Rundhaug

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Formål og problemstilling	7
1.2 Avgrensing	7
1.3 Begrepsavklaring	7
1.3.1 Kompetanse/vernepleierens rolle	7
1.3.2 Mestring	8
1.3.3 Empati	8
1.3.4 Tjenestemottaker og tjenesteyter	8
1.4 Oppgavens oppbygging	8
2.0 Teoretisk grunnlag	10
2.1 «Menneske-til-menneske-forholdet»	10
2.3 Humanistisk psykologi	10
2.4 Hva er angst?	10
2.4.1 Sosial angst	11
2.5 Terapeutisk relasjon	12
2.6 Profesjonell kommunikasjon	13
2.6.1 Informasjon og kunnskap	14
3.0 Metode	15
3.1 Litteraturstudie	15
3.2 Fremgangsmåte	15
3.2.1 Inklusjonskriterier	15
3.2.2 Søkestrategi	16
3.2.3 Søk i databaser	16
3.3 Litteratur	18
3.4 Etikk	18
3.5 Styrker og svakheter ved metode	18
4.0 Resultat	20
4.1 Artikkel 1	20
4.3 Artikkel 2	21
4.4 Artikkel 3	22
4.5 Artikkel 4	23
4.5 Oppsummering av artiklene	25
Figur 1	25
5.0 Drøfting	26
5.1 KOMPETANSE – viktigheten av kunnskap om- og formidling av- sosial angst	26
5.2 RELASJONENS BETYDNING	27
5.2.1 Forståelse av tjenestemottakerens livsverden	27
5.2.2 Sammen om angsten	28
5.2.3 Kommunikasjon som verktøy	30

5.3 MESTRING – motivering til å lykkes med angstlidelsen	31
6.0 Konklusjon	32
7.0 Referanseliste	33
8.VEDLEGG	36
8.1 VEDLEGG 1: Dokumentasjon av søk.....	36
8.2 VEDLEGG 2: KBP-SKJEMA.....	37

1.0 Innledning

I den norske befolkningen vil om lag en av fire rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og cirka 15% i løpet av et år (FHI, 2019). I folkehelseinstituttets tvillingstudie ble angstlidelser funnet å være den vanligste gruppen psykiske lidelser blant unge voksne, med spesifikke fobier som den hyppigste enkeltdiagnosen. Fra og med ungdomstiden er forekomsten av angstlidelser omkring dobbelt så høy hos kvinner som hos menn (FHI, 2019).

I denne oppgaven har jeg valgt og se nærmere på lidelsen sosial angst. Sosial angst kjennetegnes først og fremst av frykten for å bli vurdert negativt av andre. Personer med sosial angst har lett for å rette et kritisk blikk mot seg selv og er svært opptatt av å lete etter negativ vurdering fra andre (FHI, 2019). Omtrent to til fem % i befolkning har sosial angst og i løpet av livet vil 10-15 % oppleve perioder med sosial angst (NHI, 2020).

I regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022, s. 7), *mestre hele livet*, har de lagt frem hvordan de vil skape et samfunn som fremmer mestring og en opplevelse av mening. Målet til regjeringen er at flere skal få en opplevelse av trivsel og god psykisk helse, og fange opp de som trenger hjelp og iverksette målrettede tiltak for de som befinner seg i en sårbar situasjon.

Tidligere forskning viser til behandleren og dens kompetanse som predikterer for utfallet i kognitiv atferdsterapi for sosial angst og panikklidelse hos voksne (Haugh et al., 2015). Studiet tok for seg om behandleren sin kompetanse var viktig for tjenestemottaker, samt om dette kan påvirke relasjonen mellom behandler og tjenestemottaker. Resultatet viser til at høyere kompetanse hos behandler tidlig i behandlingen var assosiert med et bedre resultat blant tjenestemotakere med panikkangst. Lavere kompetanse førte til frafall blant tjenestemotakere med sosial angst. Studiet viste og til at en sterk behandlingsrelasjon gir et bedre utfall (Haug et al., 2015).

I ulike praksiser har jeg møtt personer med en angstlidelse, og sett hvordan dette påvirker hverdagen deres. Den type angstlidelse som skilte seg mest ut var sosial angst. Gjennom de ulike praksisperiodene mine bygget jeg flere relasjoner, og så viktigheten og betydningen av

en god relasjon. I denne oppgaven vil jeg derfor å sette meg inn i relasjonsarbeidet mellom vernepleieren og tjenestemottaker med sosial angst, samt betydningen av en god relasjon. Jeg vil og se på hvordan en vernepleier kan støtte til mestring av sosial angst hos tjenestemottaker.

1.1 Formål og problemstilling

Haug et al. (2015) viser til at lav kompetanse førte til frafall i den terapeutiske prosessen blant tjenestemottakere med sosial angst, og en sterk behandlingsrelasjon førte til et bedre utfall. Formålet med denne oppgaven er å belyse hvordan en vernepleier kan bruke sin kompetanse til å skape en god relasjon til tjenestemottaker som har sosial angst, og hvordan en vernepleier kan bidra til at tjenestemottaker mestrer den sosiale angsten. På bakgrunn av dette kom jeg frem til følgende problemstilling:

«Hvordan kan vernepleier gjennom en god relasjon bidra til mestring av sosial angst hos tjenestemottaker?»

1.2 Avgrensing

I denne oppgaven vil jeg rette fokuset mitt på tjenestemottakere som er over 18 år og som er tilknyttet distriktpsikiatrisk senter (DPS). Vernepleieren følger tjenestemottakeren døgnet rundt, og har derfor en viktig rolle også under behandlingsprosessen. Derfor kommer jeg til å trekke frem hjelpemidler og verktøy en vernepleier kan bruke for å støtte til mestring, men jeg kommer ikke til å gå inn på selve behandlingen av sosial angst.

1.3 Begrepsavklaring

Under dette punktet forklares det viktige begrep som blir brukt i oppgaven, men kapittel 2 tar og for seg sentrale begreper som ikke blir trekt inn under dette punktet.

1.3.1 Kompetanse/vernepleierens rolle

Vernepleierens rolle i arbeid med å skape den gode relasjonen går ut på å gi den enkelte best mulig hjelp og støtte personen ut ifra sine egne forutsetninger (Norlund, Thronsen & Linde, 2019, s. 19). En vernepleier har kompetanse til å samarbeide med tjenestemottaker

for å fremme selvbestemmelse, mestring, deltakelse, og helse og livskvalitet (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, §2). Vernepleierens kjernekompetanser retter seg særlig mot å bistå personer som er avhengig av at bistand gis med høy grad av individuell tilrettelegging. «Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning peker særlig på at vernepleiere må ha kompetanse om «sammensatte vansker og utviklingshemming «(2019, §2)» (Owren & Linde (red.), 2020, s. 14).

«Kompetanse defineres som helheten av kunnskaper, ferdigheter og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål» (Meld. St. 13, (2011-2012), s. 12).

1.3.2 Mestring

Mestring innebærer å forholde seg til den belastede situasjonen på måter som gjenoppretter mening og sammenheng, bidrar til å bearbeide de følelsesmessige reaksjonene og eventuelt også til å løse de vanskelighetene man står ovenfor.

Mestringsbegrepet brukes som en generell betegnelse på mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser (Eide & Eide, 2000, s. 104).

1.3.3 Empati

«Empati er evnen til å lytte og sette seg inn i en annens situasjon, og forstå den andres følelser, tanker og reaksjoner» (Eide & Eide, 2019, s. 155).

1.3.4 Tjenestemottaker og tjenesteyter

I oppgaven bruker jeg «tjenestemottaker» når jeg beskriver en person som tar imot helsetjenester, det kan og bli brukt han/hun. Jeg bruker også begrepet «tjenesteyter», «vernepleier» og «helsepersonell» når jeg beskriver personer som yter helsetjenesten. Det kan og bli brukt andre ord, fordi kildene kan referere til noe annet.

1.4 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgaven tar jeg for meg kapittel 2, som omhandler teoretiske rammeverk om teorier, angst, relasjon og kommunikasjon. I kapittel 3 viser jeg til valg av metode, fremgangsmåten som blir brukt for å finne frem til forskningsartikler. Litteratur, etikk og styrke og svakhet ved metode blir og gjennomgått. Kapittel 4 tar for seg resultatene av

forskningsartiklene. I kapittel 5 drøfter jeg resultatene fra forskningsartiklene opp mot relevant teori. I kapittel 6 oppsummerer jeg oppgaven med en avslutning.

2.0 Teoretisk grunnlag

I denne delen av oppgaven presenteres den teoretiske referanserammen.

2.1 «Menneske-til-menneske-forholdet»

«Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en tjenesteyter og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle tjenesteyteren» (Travelbee, 1999, s. 177).

Menneske-til-menneske-forholdet karakteriseres ved å oppfatte, tenke, føle og handle på en viss måte (Travelbee, 1999, s. 178). Travelbee (1999, s. 178) var opptatt av at «pasienten» skal bli oppfattet og behandles som et menneskelig individ og ikke som en «sykdom». For at en skal klare å oppfatte og respondere med den andre, må posisjoner og status overskrides. Travelbee var kritisk til begreper som «sykepleier» og «pasient». Hun mente disse stimulerte til en rolleoppfatning og tilslører det unike hos individet (Travelbee, 1999, s. 171). Under prosessen av menneske-til-menneske-forholdet er forholdene mellom tjenesteyter og tjenestemottaker gjensidig, og de står sammen under prosessen (Travelbee, 1999, s. 178).

2.2 Humanistisk psykologi

Carl Rogers er et kjent navn innenfor den humanistiske psykologien. Carl Rogers humanistiske psykologi tar for seg evnen til å lytte til den andre, uten å vurdere og dømme. Dette er kjernen i det Rogers kalte personorientert tilnærming (Eide & Eide, 2019, s. 375). Innenfor den terapeutiske relasjonen til tjenestemottakeren la han særlig vekt på fire betingelser: empati, varme, ubetinget respekt og genuitet. Av disse fire ble empati sett på som den viktigste (Eide & Eide, 2019, s. 375). For at en vernepleier skal være med på å skape en endring hos tjenestemottaker, må vernepleier først og fremst leve seg inn i den andre sine følelser, møte tjenestemottaker med respekt og varme, og være genuin og ekte (Eide & Eide, 2019, s. 375).

2.3 Hva er angst?

«Angst er en følelsesmessig spenningstilstand og innebærer opplevelsen av at noe er farlig» (Håkonsen, 2018, s. 297). Når vi får en opplevelse av at noe er farlig, gir kroppen melding om

å være på vakt. Når denne frykten oppstår uten grunn, kaller vi det for angst (Snoek & Engedal, 2019, s. 108). Angst kan deles inn i to hovedgrupper, fobier og andre angstlidelser. Ved fobier har personen forestillinger om ulike situasjoner som er skrekkfylte. Ved andre angstlidelser er plagene mer diffuse, men den fysiske angstopplevelsen er mer fremtredende under selve situasjonen (Snoek & Engedal, 2019, s. 109).

Årsaken til en angstlidelse er mange og sammensatte, men stress og sårbarhet er viktige faktorer (Thingnæs, 2018, s. 79). Det finnes flere forskjellige forklaringsmodeller for en angstlidelse, men man må regne med at det er flere årsaker til en angstlidelse, og *en* teori ikke gir en tilstrekkelig forklaring (Thingnæs, 2018, s. 79). Thingnæs (2018, s. 79) legger frem fire forskjellige teorier som forklarer årsaken til angst:

- **Den biologiske modellen:** En kan tenke seg at angst er en arvelig faktor, som forutsetter en sårbarhet. Tvillingundersøkelser viser til at arvelige faktorer har betydning for utvikling av angst, og muligheten for å få angst er fire ganger så stor når foreldrene sliter med det samme
- **Læringsmodellen:** Angst kan komme fra innlært frykt for visse påkjenninger fra omgivelsene. Vi kan derfor tenke oss at sosial angst utvikles av tillærte vaner
- **Den kognitive modellen:** En angstlidelse kan utvikles og vedlikeholdes avhengig av hva vi tenker og hvordan vi forholder oss til situasjoner som oppstår. Innenfor kognitiv teori sies det at angst blir skapt av individuell tolkning.
- **Den psykodynamiske modellen:** Angst oppstår når vi blir utsatt for konflikter vi ikke mestrer. En mistenker at angsten kommer fra en indre spenning som vi har med oss fra oppveksten, og at barndomskonflikter skaper angst. En kan også tenke seg at vanskelige sosiale forhold som dårlig økonomi og boforhold kan forårsake angst (Thingnæs, 2018, s. 79-80).

2.3.1 Sosial angst

Sosial angst er frykten for å fremtre rart, eller oppføre seg på en måte som vil bli vurdert negativt av andre (Berge og Repål, 2015, s. 115). Angsten rammer særlig når man er sammen med andre mennesker, og angsten blir ofte ekstra stor i nærvær av autoritetspersoner (NHI,

2020). Som andre ulike lidelser, begynner også sosial angst med uhensiktmessige tanker, som kretser rundt negative fremstillinger om seg selv (Håkonsen, 2018, s. 305).

Thingnæs (2018, s. 69) har delt sosial angst inn i tre faser. Første fase omhandler angsten for det vi skal forvente oss. Fokuset ligger på det som skal skje og faren rundt, og tanker om at det kan gå galt. Andre fase omhandler situasjonen som ender med negativ selvoppmerksomhet. Vi klarer ikke tenke klart og får konsentrasjonsproblemer. Tredje fase omhandler opprettholdelsen av den sosiale angsten og at vi forsterker de negative tankene ved tryggningsstrategier. Vi ser tilbake på situasjonen og tenker på hva vi gjorde feil eller hva som gikk galt (Thingnæs, 2018, s. 69).

Sosial angst er noe de fleste har opplevd eller kjent på. Folk flest kan føle seg engstlig når de skal holde en tale foran en forsamling, men det er først når den sosiale angsten blir så sterk at den ødelegger livskvaliteten at vi kan kalle det for sosial angst (Thingnæs, 2018, s. 69).

Symptomer:

Angstanfall utløser gjerne kroppslige plager som rødme, svetting, skjelving, tørrhet i munnen, hjertebank og følelse av å ville besvime. Dette kan føre til at man ikke makter å være sammen med andre mennesker (NHI, 2020).

Under et angstanfall er kroppen vår sentral. Kroppen setter i gang en aktivering, som skal hjelpe å unngå farer. Denne type aktivering kalles for kamp-eller-flukt-mekanismen (økt puls, svette, endring i pustemønsteret osv.) (Håkonsen, 2018, s. 299). Dette gir oss krefter, men kan også være utmattende og slitsomt og føre til at kroppen tappes for energi og krefter (Håkonsen, 2018, s. 299).

2.4 Terapeutisk relasjon

En relasjon mellom tjenestemottaker og vernepleier oppstår ikke av seg selv, men gjennom samhandling. Samhandlingsprosessen skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. (Røkenes & Hansen, 2012, s. 27). I en terapeutisk relasjon er det viktig å utvikle tillit til hverandre. Når man føler seg forstått av den andre, utvikles en opplevelse av troverdighet, trygghet og tilknytning, som er med på å skape en endring og positiv utvikling.

Når samhandlingen fungerer, utvikles den bærende relasjonen mellom tjenestemottaker og vernepleier (Røkenes & Hansen, 2012, s. 27).

For å etablere og opprettholde den terapeutiske relasjonen er nærvær og samarbeid mellom tjenestemottaker og vernepleier viktig. For at vernepleieren og tjenestemottaker skal klare å opprettholde relasjonen, vil det være essensielt å relatere seg til den andre og bruke sine egne erfaringer, som har sin grunn i med-deltakelse. Dette skal bidra til å utvikle mål, planer og en helhetlig behandlingprosess for tjenestemottakeren (Hummelvoll, 2018, s. 576).

2.5 Profesjonell kommunikasjon

God profesjonell kommunikasjon er personorientert. Personorientert kommunikasjon vil si at man ser tjenestemottakeren som en hel person, og ser muligheter, ressurser, individuelle ønsker og mål når det kommer til personens livssituasjon (Eide & Eide, 2019, s. 16). Det finnes fire aspekter av personorientert kommunikasjon: å anerkjenne pasientens perspektiv, å forstå pasientens psykososiale kontekst, å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier og å dele makt, som vil si å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse (Eide & Eide, 2019, s. 16-17).

Røkenes & Hansen (2012, s. 39) beskriver en perspektivmodell som skjer i samhandling mellom mennesker, og som er grunnleggende i all kommunikasjon:

- 1. Egenperspektivet:** I dette perspektivet ser vi verden fra vårt eget perspektiv, personlige holdninger og kunnskaper. I arbeid med andre mennesker er det viktig å bli kjent med seg selv. Dette er viktig for å kunne reflektere over egne erfaringer, verdisyn, menneskesyn og personlighet, men også for å kunne ivareta både tjenestemottaker og seg selv.
- 2. Andreperspektivet:** I en yrkessammenheng møter vi personer som er forskjellige fra hverandre, og personer med en annen livssituasjon enn oss selv. I kommunikasjon med mennesker må vi lære oss å forholde oss til andres perspektiver og syn på verden.
- 3. Det intersubjektive opplevelsesfellesskapet:** Alle mennesker har evnen til å kommunisere med hverandre, uavhengig av språk. For mennesker er et

grunnleggende behov å delta i gjensidig kommunikasjon med andre der vi deler meninger og opplevelser. Gjennom dette skapes et opplevelsesfellesskap.

- 4. Samhandlingsperspektivet:** Å forstå samhandlingsprosessen og relasjonen mellom hverandre er i det siste perspektivet sentralt. Innen yrkessammenhengen trenger tjenesteyter trening i å kommunisere og reflektere over det som skjer i samhandlingen (Røkenes & Hansen, 2012, s. 40-42).

2.5.1 Informasjon og kunnskap

I en samhandlingsprosess er det viktig å gi tilstrekkelig med informasjon og formidle kunnskap som tjenestemottakeren har behov for, og dette skal skje på en slik måte at tjenestemottaker klarer å forstå og nyttiggjøre seg av informasjonen (Eide & Eide, 2019, s. 217). Pasienten skal høre, forstå og huske det vernepleier formidler, og føle de blir ivaretatt på en god måte, noe som krever omtanke og forberedelser av informasjon. Informasjonen bør være fullstendig, men samtidig skal tjenestemottaker forstå og huske det som blir sagt (Eide & Eide, 2019, s. 218-219). Økt kunnskap gir en følelse av kontroll, men og en forutsetning for selvbestemmelse og opplevelse av mestring (Eide & Eide, 2019, s. 218).

3.0 Metode

I dette kapitlet redgjøres det for hvilken metode og fremgangsmåte som blir brukt for å svare på problemstillingen: «*Hvordan kan vernepleier gjennom en god relasjon bidra til mestring av sosial angst hos tjenestemottaker?*»

Ifølge Dalland (2017, s. 52) er metode et redskap som blir brukt når vi skal undersøke noe, og som hjelper til å samle inn data og den informasjonen vi trenger til en undersøkelse. Sverdrup (2020, s. 55) beskriver metode som en fremgangsmåte og et middel til å løse problemer og legge frem ny kunnskap.

3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven blir det brukt litteraturstudie som metode. Med hjelp av litteraturstudie fant jeg relevant teori gjennom forskning og faglitteratur, som bidrar til å belyse problemstillingen (Dalland, 2018, s. 222). Forskning beskrives som en «kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap» (Nortvedt, Tamtvedt, Graverholt, Norgheim & Reinar, 2012, s. 17).

Litteraturstudie er med på å sikre gode søk etter relevant litteratur, som danner det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget (Helsebiblioteket, 2018). Forskningsbasert kunnskap er en del av kunnskapsbasert praksis. «Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i gitt situasjon» (Helsebiblioteket, u.å).

3.2 Fremgangsmåte

Her presenteres beskrivelsen av fremgangsmåten min for søk etter forskningsartikler.

3.2.1 Inklusjonskriterier

Under prosessen med søk etter forskningsartikler utarbeidet jeg meg noen inklusjonskriterier:

- Artiklene skal ikke være mer enn 10 år gamle
- Artiklene skal være fagfellevurderte og/eller karakterisert som en forskningsartikkel

- Studien skal ha tatt hensyn til etikk
- Språket på artiklene skal være på norsk eller engelsk

3.2.2 Søkestrategi

Før jeg startet søkene mine tok jeg for meg KBP- og PICO-skjema (vedlegg 2) for å bryte ned problemstillingen min. PICO-skjema gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk og kritisk vurdering av litteraturen (Helsebiblioteket, 2016). For å finne frem til relevante søkeord brukte jeg MeSH, og søkte i termbasen «MeSH på norsk og engelsk» som omfatter begrep innenfor helsefag (Helsebiblioteket, 2020). Jeg begynte deretter med å søke systematisk i databasene. Systematiske søk er planmessig gjennomført, og skal være godt dokumentert (sokogskriv, 2020).

3.2.3 Søk i databaser

I denne oppgaven blir det brukt litteratur i form av forskningsartikler, pensumlitteratur og faglitteratur. Gjennom nettsiden til HVL søkte jeg etter fagressurser i databasene Cochrane Library, Oria, IDUNN og PubMed. Jeg ser på disse databasene som relevante fordi det er databaser med forskningsbasert informasjon, kvalitetsvurderte systematiske oversikter og internasjonale og nordiske artikkelbaser.

Med hjelp av PICO-skjema formulerte jeg søkeordene mine på både norsk og engelsk:

Norske søkeord: Sosial angst/fobi, terapeutisk relasjon, terapeutisk allianse, relasjon, mestring, mestringsstrategier, psykisk helsearbeid, allianse, vernepleier/sykepleier, pasient, empati, kommunikasjon, brukerperspektiv/opplevelse

Engelske søkeord: Social anxiety/phobia, therapeutic relation, therapeutic alliance, working alliance, relation, mastering, coping strategies, mental healthwork, alliance, social worker/nurse, patient, empathy, communication, patient perspective/experience

Jeg startet søkene mine øverst i kunnskapspyramiden, men fant ingen oppsummerte forskningsartikler som passet til tema i oppgaven. Jeg fortsatte å søke meg nedover i kunnskapspyramiden, og søkte etter systematiske oversikter i Cochrane Library. Jeg brukte søkeordene «therapeutic alliance» AND «coping strategies». Jeg fikk opp 12 treff, men ingen relevante for oppgaven.

Deretter begynte jeg å søke i PubMed, som er en internasjonal database med referanser til tidsskriftartikler innen helsefag. Jeg begynte med søkeordene «working alliance» AND «social anxiety», og fikk opp 269 treff. Jeg spisset deretter søkeordene inn og søkte «working alliance» AND «social anxiety» AND «competence», og fikk 37 treff. Første artikkel som kom opp var «*Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorders in adults*» (Haug et al., 2016). Jeg valgte å inkludere denne artikkelen fordi den belyser kompetansens relevans i en behandlingsrelasjon.

Videre tok jeg for meg søk i IDUNN, som er en digital plattform for fag- og forskningstidsskrifter. Søkeordene jeg begynte med var «psykisk helsearbeid» OG «relasjon», som ga 222 treff. For å spisse søket enda mer, søkte jeg med søkeordene «psykisk helsearbeid» OG «relasjon» OG «empati» som ga 37 treff. Andre treffet var artikkelen: «*Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie*» (Torbjørnsen et al., 2014). Artikkelen tar for seg tjenesteytere sitt perspektiv på relasjonens betydning innenfor psykisk helsearbeid.

Jeg ville også inkludere tjenestemottakerens perspektiv på relasjonsbygging. Jeg startet i PubMed med søkeordene «Patient perspective» AND «social anxiety» AND «experience». Dette søket fikk 895 treff, men ingenting relevant innenfor tjenestemottakere med sosial angst sitt perspektiv. Jeg fortsatte søket, og søkte «patient perspective» AND «experience» AND «mental healthwork» AND «relationship», og fikk opp 78 artikler. Nummer 11 var artikkel «*‘Like a human being, I was an equal, I wasn’t just a patient’: Service user’s perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services*» (Bacha et al., 2019). Denne artikkel tar for seg tjenestemottakere sin side av relasjonopplevelser med tjenesteytere innenfor helsetjenester for psykisk helse.

Videre søkte jeg etter forskningsartikler som omhandlet empati. Jeg søkte i PubMed med søkeordene «Empathy» AND «therapist» AND «nurse», som ga meg 26 treff. Der fant jeg artikkelen «*Empathy in action in healthcare (EACH): A mixed methods study of nurses’ and*

therapists' empathy» (Catlow et al., 2020). Jeg valgte å inkludere denne artikkelen fordi den hadde interessante funn om bruken av empati og dens påvirkning på tjenestenivået.

3.3 Litteratur

I tillegg til forskningartikler, blir det brukt pensumlitteratur og faglitteratur i oppgaven. Eide & Eide har boken *Kommunikasjon i relasjoner* (2019) som tar for seg teorier, nyere forskning, perspektiver og begreper for den gode kommunikasjonen og relasjon, som er et viktig fokus for vernepleiere. Boken til Thingnæs *Tenk om.. tenk hvis... Mestringsbok ved angstlidelser* (2018) er også sentral for oppgaven. Boken viser til viktige elementer og hjelpemidler for mestring av en angstlidelse.

3.4 Etikk

I arbeidet med oppgaven blir det tatt hensyn til det etiske. Etikk vil si å tenke gjennom etiske utfordringer arbeidet tar for seg under forskningsprosjektet. Forskningsetikk handler om å iverksette personvernet og sikre at deltakere ikke blir skadet eller får en belastning (Dalland, 2018, s. 235-236). I denne oppgaven er det gjennom KBP-skjema (vedlegg 2) kontrollert at forskningsartiklene som blir brukt er etiske overveid og godkjent.

Under arbeidet med en litteraturstudie, hentes det inn data fra ulike kilder. Det er derfor viktig å referere til riktig forfatter og forfatteren sitt formål med litteraturen/studien (Dalland, 2018, s. 164). Kildene som er blitt hentet inn skal være korrekte, og vises til i både teksten og litteraturlisten (Dalland, 2018, s. 167).

3.5 Styrker og svakheter ved metode

I denne oppgaven er det blitt brukt forskningsartikler med ulike studiedesign, som viser til ulike synspunkter. Gjennom dette blir tjenestemottakernes og tjenesteyternes perspektiv trekt frem, som er en styrke for å svare på problemstillingen. En svakhet er at forskningsartikkelen bare tar for seg et fåtalls perspektiver, og det kan være andre perspektiver på problemstillingen som ikke kommer frem i studien.

En annen styrke for oppgaven min er at artiklene som blir brukt ikke er eldre enn 10 år gamle. Dette viser til nyere forskning og forskning som er mer aktuell når det kommer til dagens helsetilbud og tjenester. Artiklene er fra vestlige land, og kan derfor være vesentlig når det kommer til kulturforskjeller med tanke på helsevesenet. En svakhet med oppgaven min er at bare en artikkel tar for seg sosial angst, mens de andre forskningsartiklene omfatter generelt psykisk helse og psykiske lidelser.

Ved hjelp av KBP-skjema som er brukt under søkeprosessen, kunne jeg kritisk vurdere forskningsartiklene, for å sjekke om artiklene var til å stole på og om jeg kunne bruke de i oppgaven min. Det blir og brukt pensumlitteratur og faglitteratur for å svare på problemstillingen. Gjennom litteratur og forskningsartikler får jeg en dypere forståelse og tolkning av temaet.

4.0 Resultat

I denne delen presenteres resultatene av forskningsartiklene, og deretter en oppsummering av artiklene.

4.1 Artikkel 1

Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit, 2014).

Denne artikkelen tar for seg helsepersonell sin oppfatning av relasjonens betydning innenfor psykisk helsearbeid. Artikkelen er en kvalitativ studie utført av Torbjørnsen et al. (2014), og finner sted i et distriktpsykiatrisk senter i Helse Vest. Studien utførte et kvalitativt intervju av åtte deltakere, syv sykepleiere og en hjelpepleier, seks kvinner og to menn, alle med lang erfaring innen psykisk helsevern (Torbjørnsen et al., 2014). «Målet med studien var å få en dypere forståelse av betydningen av å se på pasientens symptomer som mestring» (Torbjørnsen et al., 2014). Studien så også på faktorer som påvirker helsepersonellens holdninger til pasienten (Torbjørnsen et al., 2014). Resultatene kom frem via fokusgruppeintervju, som er en induktiv prosess som skaper en dypere forståelse basert på gruppen sine refleksjoner (Torbjørnsen et al., 2014). Intervjuene ble gjennomført to ganger med fire ukers mellomrom. Begge intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. Informantene ga skriftlig samtykke til å delta på studiet (Torbjørnsen et al., 2014).

Resultatene viste til en enighet om at alle hadde et ønske om å forstå tjenestemottaker sin livsverden. Deltakerne var opptatt av å forstå personen, ikke bare tjenestemottakeren. Gjennom en systematisk refleksjon mellom deltakerne oppsto det en genuin interesse for å forstå hvordan tjenestemottakeren taklet sine livsutfordringer. Gjennom å legge fokuset på hva tjenestemottaker formidler, anerkjente de tjenestemottakeren, som var med på å stimulere en nysgjerrighet til å forstå hva tjenestemottaker ville fortelle (Torbjørnsen et al., 2014).

Resultatene viser til hvordan makten i språket til deltakerne ovenfor tjenestemottakeren skapte holdninger. Et eksempel er når ene deltakeren omtalte en tjenestemottaker som

paranoid. Dette førte til holdninger ovenfor tjenestemottakeren. I stedet for å bruke begrep som paranoid, ville personalet heller skape en holdning som ble preget av et ønske om å forstå tjenestemottakerens perspektiv (Torbjørnsen et al., 2014).

Begrepet mestring ble drøftet blant deltakerne, der flere mente at holdningen til tjenestemottakeren endret seg når det ble satt fokus på mestring i stedet for symptom. En annen deltaker mente at symptom ikke alltid nødvendig var et negativt begrep, fordi tjenestemottakeren uttrykker seg gjennom symptom. Det var og en enighet i å se på handlinger som var mindre hensiktsmessig som et forsøk på mestring. En deltaker mente at å sette fokuset på mestring rettet oppmerksomheten på årsaken til problemet. Deltakerne mente å ha en bedre forståelse for hvorfor tjenestemottakerene gjør som de gjør etter å fokusert på mestring (Torbjørnsen et al., 2014).

4.3 Artikkel 2

Empathy in action in healthcare (EACH): A mixed methods study of nurses' and therapists' empathy (Catlow, Aikins-Snyper, Carson, Jaggi & Bench, 2020).

I denne artikkelen er det blitt utført en kombinert studie der målet var å undersøke sykepleiere og terapeuter sin oppfatning av deres empatinivå og innvirkning på tjenestenivået. I studiet ble det utført et kvalitativt intervju av 20 personer, der 10 var sykepleiere og 10 terapeuter, supplert med data som ble samlet fra 126 respondanter via en validert empatiskala (Jefferson-skala). Av de 126 var 61 sykepleiere, 44 fysioterapeuter og 21 ergoterapeuter. 87% var kvinner. Studiet fant sted i et nasjonalt ortopedisk sykehus i London (Catlow et al., 2020).

Resultatene i Jefferson empatiskala viste til at det var tydelige forskjeller mellom respondentene beskrivelse av empati, der sykepleierne scoret lavere enn terapeutene. Økende alder ble assosiert med en lavere empati-score hos sykepleierne, og de motsatte hos terapeutene. 49% av respondante viste til at personlige erfaringer var med på å påvirke graden av empati (Catlow et al., 2020).

Den kvalitative dataen avdekket fire sentrale temaer: å vise empati, terapeutisk bruk av seg selv, påvirkning og læring:

- **Empati:** Respondantene hadde et kollektivt syn på at empati går ut på å forstå opplevelser, og er ulikt fra sympati. Respondantene viste til hvordan empati går ut på å utvikle en forståelse av hele mennesket, fysisk, mentalt og følelsesmessig.
- **Terapeutisk bruk av seg selv:** Respondantene diskuterte hvordan de kunne bruke empati for å tilrettelegge for det terapeutiske forholdet. De forklarte at empati blir brukt forskjellig og er avhengig av situasjonen, og at det er et behov for å tilpasse bruken av empati.
- **Påvirkning:** Respondantene beskrev et bredt spekter som er med på å påvirke empati. Her kom det frem at å dele vonde personlige opplevelser kunne være med på å få tjenestemottakerne til å dele egne vonde erfaringer. Respondantene beskrev og vanskligheter med å vise empati til mennesker som hadde opplevelser de ikke hadde opplevd. Andre påpekte at det kan være vanskelig å vise empati etter å sett mye smerte i årrekke og blitt vant til det. Det kom frem at den klart største påvirkningen til mangel av empati var tid.
- **Læring:** Respondantene mente at empati ikke er noe du lærer gjennom en bok, men at empati ligger naturlig hos empatiske mennesker. De diskuterte og viktigheten av å lære andre hvordan empati skal leveres, og at det ikke nødvendigvis kommer naturlig. Empati blir sett på som en kommunikasjonsferdighet, og det er viktig å lære å lytte til pasienten sine historier og bekymringer (Catlow et al., 2020).

Den kvalitative dataen viste også til at upassende bruk av empati har potensial til å påvirke behandlingen og pasientopplevelsen negativt, til tross for at tidligere studier rapporterer at empati er et positivt verktøy (Catlow et al., 2020).

4.4 Artikkel 3

Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorders in adults» (Haug, Nordgreen, Øst, Tangen, Kvale, Hovland, Heiervang & Havik, 2016).

Artikkelen til Haug et al. (2016) tar for seg en randomisert kontrollert studie utført i Norge og Sverige, hvor hensikten var å finne sammenhengen mellom terapeuten sin kompetanse og behandlingsrelasjonen. Studien brukte data fra en randomisert kontrollert effektstudie, hvor tjenestemottakere ble rekruttert, vurdert og behandlet på ni poliklinikker for mental helse. I studiet var det 82 deltakere med, hvor 31 hadde diagnosen panikk lidelse og 51 hadde sosial angst. 22 terapeuter fra de ni stedene meldte seg og frivillig på studiet. Av de 22 terapeutene var 12 psykologer, fire sosial arbeidere spesialisert innen psykiatri, fire var psykiatere og to var psykiatriske sykepleiere.

Resultatene viser til at høyere kompetanse hos behandler tidlig i behandlingen var assosiert med et bedre resultat blant tjenestemottakere med panikkangst. Lavere kompetanse førte til frafall blant tjenestemottakere med sosial angst. En sterk behandlingsrelasjon ga et bedre utfall i behandlingen. Studiet viser og til at fokuset på behandlingsrelasjon sent i behandlinger gir et bedre utfall. Funnene indikerer at terapeuten sin kompetanse og arbeidsallianse bidrar til utfallet i den kognitive behandlingen for angstlidelser, men i forskjellige faser av behandlingen (Haug et al., 2016).

4.5 Artikkel 4

«'Like a human being, I was an equal, I wasn't just a patient': Service user's perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services» (Bacha, Hanley & Winter, 2019).

I forskningsartikkelen til Bacha et al., (2019) var målet å utforske forståelsen for hvordan relasjonen til tjenesteytere påvirker dem. Studien tok for seg «interpretative phenomenological analysis» (IPA), som er en systematisk kvalitativ tilnærming. Åtte deltakere var med i studien, hvor fire var kvinner og fire var menn. Alle åtte deltakerne hadde en psykisk lidelse og opplevd en relasjon med tjenesteytere innenfor psykiske helsetjenester. Data ble hentet inn via et dybdeintervju, hvor de ville utforske deltakernes opplevelse av relasjoner med tjenesteytere innen den psykiske helsetjenesten. Alle intervjuene ble filmet og anonymitet ble tatt hensyn til (Bacha et al., 2019).

Funn som kom frem gjennom intervjuene var tre overordnede temaer:

1. Prøve å overleve: er jeg er en person eller bare et objekt i systemet?

Deltakerne beskrev hvordan sine relasjoner med tjenesteytere var basert på en hjelpesøkende og omsorgsperson dynamikk, der deltakerne forklarte at de oppsøkte hjelp for å «få det bedre» og «bli fikset», og til å stabilisere symptomer, fjerne den emosjonelle smerten, sosiale problemer og å ha noen å snakke om problemene sine. Deltakerne beskrev hvordan de ville forstå årsaken til lidelsen og at de ville ha informasjon og kunnskap om hvordan de kunne få effektiv hjelp. Det kom og frem hvordan deltakerne kunne føle seg umenneskelig, og føle de ikke hadde makt over seg selv, noe de forklarte skadet dem følelsesmessig (Bacha et al., 2019).

2. Traumatiske opplevelser i relasjoner

Deltakerne forklarte mange traumatiske opplevelser med tjenesteytere, og hvor vanskelig det kunne være å stole på dem og bygge en relasjon med dem når tjenesteytere ødela egenverdien deres. Dette førte til at deltakerne ble defensive, holdt tilbake og løy i relasjoner med tjenesteytere for å beskytte seg selv. Det kom og frem at deltakerne følte tjenesteyterne tok kontrollen vekk fra dem, og hvordan dette resulterte i at de følte seg truet, traumatisert og defensive. Deltakerne kunne føle seg som dyr og unger, da de ikke ble vist respekt til og følte de ble ignorert. Deltakerne forklarte hvordan de trengte å vite at tjenesteyteren var der for å hjelpe, før de klarte stole på dem (Bacha et al., 2019).

3. Hjelpsomme og transformerende relasjoner.

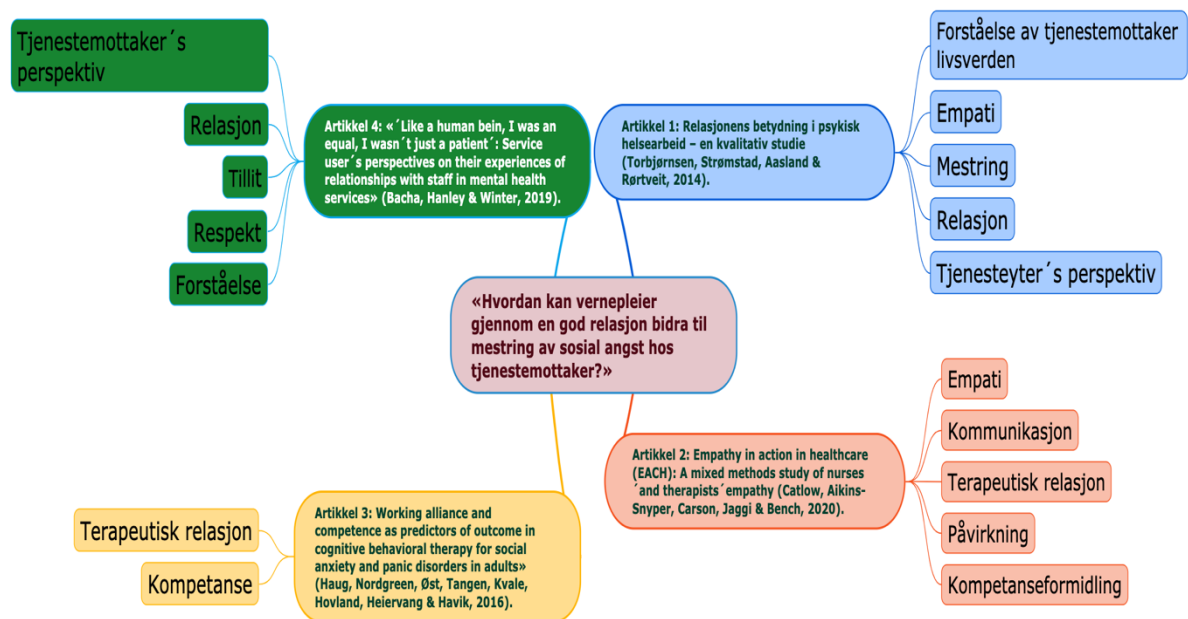
Deltakerne forklarte relasjoner hvor tjenesteytere ga en følelse av sikkerhet, styrke og tillit. De følte de ble behandlet som mennesker og med respekt. Dette gjorde tjenesteyterne ved å ta seg tid til å bli kjent med personen, vise at de brydde seg, tok seg tid til å høre, og bygge en trygg relasjon. Deltakerne forklarte at når tjenesteytere tok seg tid til dem og brydde seg, ble behandlingen mer effektiv. Følelsen av å føle seg trygg i en relasjon tar ofte mange år, og når de relasjonene tar slutt, beskrev deltakerne det som et stort tap, og det tar ofte lang tid å bygge en slik relasjon igjen (Bacha et al., 2019).

4.5 Oppsummering av artiklene

Artiklene har alle ulike formål og hensikter, men til sammen hjelper de å finne frem til svar på problemstillingen. Alle artiklene viser til en forståelse for hvordan den gode relasjonen etableres og kan bidra til å støtte til mestring. En artikkel viser til hvordan tjenestemottakere ønsker å bli forstått, samtidig som en annen artikkel viser til hvordan tjenesteytere hadde holdninger ovenfor tjenestemottakere sine symptomer. Artiklene viser og til hvordan empati, kompetanse, respekt og tillit blir trekt frem som viktige faktorer når det gjelder relasjoner.

Ved å sammenligne artiklene, vil jeg kunne se hva jeg kan bruke for å finne ut av hvordan en vernepleier kan bygge en god relasjon med tjenestemottaker med sosial angst, og støtte til mestring. I denne figuren viser jeg til begreper som blir trekt frem i artiklene:

Figur 1



Figur 1: (Torbjørnsen et al., 2014, Catlow et al., 2020, Haug et al., 2016 & Bacha et al., 2019).

5.0 Drøfting

I dette kapittelet blir det drøftet funn fra forskningsartiklene knyttet opp mot relevant teori og egne erfaringer for å svare på problemstillingen: «*Hvordan kan vernepleier gjennom en god relasjon bidra til mestring av sosial angst hos tjenestemottaker?*»

5.1 KOMPETANSE – viktigheten av kunnskap om- og formidling av- sosial angst

Studien til Bacha et al. (2019) viser til at tjenestemottakerne ønsket mer kompetanse rundt diagnosen sin fra tjenesteytere og informasjon om hvordan de skulle få effektiv hjelp. I artikkelen beskriver deltakerne hvordan de ville forstå grunnen til lidelsen sin, og hvordan de følte at tjenesteytere holdt tilbake på kunnskap som kunne hjulpet deltakere til å mestre lidelsen og symptomer. En kan da stille spørsmål til hvorfor det blir holdt tilbake på kunnskap?

Når det gjelder regjeringens strategi for psykisk helse (2017-2022, s. 35) vises det til et behov for mer kunnskap og bedre kvalitet i folkehelsearbeidet og i tjenestene. I en situasjon hvor en vernepleier opplever at han ikke har nok kunnskap om lidelsen sosial angst, må han få kunnskap om hva sosial angst innebærer, symptomer som oppstår og hva som er effektiv behandling, til tross for at det ikke er en vernepleier som utøver selve behandlingen. Vernepleier må og undersøke hva tjenestemottaker kan om sosial angst.

I møte med en person med en angstlidelse, bør vernepleier skape trygghet og sikkerhet, og kartlegge tjenestemottakerens opplevelse av angst, om han er klar over angsten og hva som utløser den. Under et angstanfall er personen ofte helt ifra seg, redd og usikker, og trenger at en vernepleier trygger og forklarer situasjonen (Hummelvoll, 2018, s. 164). En vernepleier bør være rolig under en slik situasjon, og være åpen, mottagende og trygg iforhold til tjenestemottakerens angstuttrykk (Hummelvoll, 2018, s. 165). Samtidig viser Thingnæs (2019, s. 11) til hvordan vernepleier bør formidle god informasjon om hva en angstlidelse er og symptomer som kan oppstå, hvilken behandling som er tenkt til tjenestemottaker, hva behandlingen innebærer og hvor lenge behandlingen vil vare. Det er viktig at tjenestemottaker får en beskrivelse av angstlidelsen sin og en forståelse av hva de sliter med. En diagnose løser ikke problemet, men er til hjelp for å finne rett behandling og for å

mestre den sosiale angsten (Thingnæs, 2019, s. 11). Det er viktig å ta hensyn til at tjenestemottaker ikke alltid er istand til å ta til seg all informasjon vernepleier kommer med. Etter egen erfaring er tjenestemottaker ofte stresset og redd under et angstanfall, og klarer derfor ikke forkusere på noe annet enn å få kontroll på situasjonen og symptomer.

Samtidig legger Eide & Eide (2019, s. 218) til hvordan formidling av kunnskap og informasjon kan gi en følelse av kontroll over lidelsen, og en økt opplevelse av selvhjelp og mestring. Travelbee (1999, s. 34-35) påpeker hvordan «kjernen i all helsefremmende undervisning er å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomer». Selv om det ikke er alt en vernepleier kan bidra til å svare på når det kommer til selve behandlingen, er det viktig at vernepleier henviser til en psykolog eller lege, og ikke avviser tjenestemottakeren, slik at de kan bidra til å svare på eller undersøke det vernepleier ikke har av kompetanse.

I følge Thingsnæs (2019, s. 79) er det ulike årsaker til at en angstlidelse oppstår. For at en vernepleier skal utvikle en større forståelse av den sosiale angsten og årsakssammenheng, er det sentralt å bygge en relasjon for å bli kjent med personen. Dette vil jeg gå videre inn på nå.

5.2 RELASJONENS BETYDNING

5.2.1 Forståelse av tjenestemottakerens livsverden

Torbjørnsen et al. (2014) sin studie viser til at de ønsket å forstå personens livsverden, ikke bare forstå tjenestemottakeren. Tjenesteyterne ville forstå hva tjenestemottakere ville fortelle og formidle. Samtidig viser studien til Bacha et al. (2019) hvordan tjenestemottakere følte at tjenesteytere ikke viste dem respekt og hvor de følte seg ignorert. Dette førte til at de ikke klarte å bygge en relasjon, og satt igjen med null tillit til tjenesteyterne. I tillegg viser studien til Bacha et al. (2019) til hvordan det tok flere år før tjenestemottakere følte seg trygg i en relasjon.

Røkenes & Hanssen (2012, s. 13) viser til hvordan vernepleiere må forholde seg til tjenestemottaker som et medmenneske - deres følelser, opplevelser og ønsker. Travelbee

(1999, s. 178) var opptatt av at tjenesteytere behandler tjenestemottaker som et menneskelig individ og ikke som en «sykdom», hvor behovene deres blir ivaretatt. Som vernepleier skal vi «lære den syke å kjenne». Alle tjenestemottakere en vernepleier møter på er forskjellige og reagerer derfor ulikt på påkjenninger. Om vernepleier ikke kjenner til hvordan tjenestemottaker reagerer og håndterer sine påkjenninger, klarer vi ikke gi tilstrekkelig hjelp. Tjenestemottaker vil lettere søke hjelp og tillit hos vernepleier, om han vet at intensjonene er gode, og vet at vi er der for å hjelpe (Travelbee, s. 141). I tillegg påpeker Travelbee (1999, s. 188) hvordan vernepleier kan bruke seg selv som «instrument», og by på seg selv for å etablere en tilknytning og en god relasjon til tjenestemottaker.

Det kom frem i studien til Bacha et al. (2019) at tjenestemottakere følte egenverdien deres ble ødelagt av tjenesteytere, noe som førte til at de ble defensive og løy i relasjoner for å beskytte seg selv. I følge Røkenes & Hanssen (2012, s. 179) kan tjenestemottakere føle seg sårbare i møte med tjenesteytere. De kan føle seg dum, lidende, avvist, hjelpeløs og liten. Siden tjenestemottakere kan hatt en opplevelse av dette i tidligere relasjoner med tjenesteytere, kan det oppstå en redsel for gjentakelse. Vernepleier bør i en slik situasjon ta seg tid til å høre på hva han vil fortelle og vise at vi bryr oss, noe som studien til Bacha et al. (2019) støtter under, der deltakerne forteller at de følte seg respektert ved at tjenesteytere tok seg tid til dem, viste at de brydde seg og hørte på hva de hadde å si.

Til tross for at oppgaven til en vernepleier er å ta seg tid til tjenestemottakeren, kommer det frem i studien til Catlow et al. (2020) at den klart største påvirkningen til mangel på empati, er mangel på tid. Forventingene som stilles er vanskelig å vise til i praksis, fordi det ikke alltid er mulig å ta seg den tiden vi vil til å bli kjent med tjenestemottaker. Dette er noe som kan være en vesentlig grunn for mistillit til tjenesteytere. I tillegg viser studien til Catlow et al. (2020) at tjenesteyterne hadde vanskeligheter med å vise empati til personer som hadde forhold de aldri hadde opplevd. De la dessuten til hvordan de hadde sett mye smerte i en årrekke og blitt vant til det, noe som førte til at empatinivået var lavt (Catlow et al., 2020).

5.2.2 Sammen om angsten

Mistillit til tjenesteytere kan være en stopper for et godt samarbeid, og utvikling av en god relasjon. I et samarbeid har både vernepleier og tjenestemottaker et ansvar for at det skal

lykkes. Men det er vernepleier som sitter på kompetansen og kunnskapen, som vil si at det er vernepleier som har det største ansvaret for å sikre at den gode relasjonen er bygget på tillit og trygghet (Thingsnæs, 2019, s. 49).

I studien til Torbjørnsen et al. (2014) kom det frem hvordan holdningene ovenfor tjenestemottakere, og bruken av språklig makt er med på å påvirke tjenesyternes syn på tjenestemottakerne. Bacha et al. (2019) sin studie viser til akkurat dette, hvor tjenestemottakerne forteller hvordan de følte de mistet makt over sin selvbestemmelse og tilliten til tjenesteytere på grunn av deres holdninger og bruk av språklig makt. Hvordan skal da et samarbeid mellom vernepleier og tjenestemottaker med sosial angst fungere, når det ikke er tillit til tjenesteytere?

Som Røkenes & Hanssen (2012, s. 27) viser til, kommer ikke relasjonen av seg selv. Den kommer gjennom en samhandlingsprosess mellom vernepleier og tjenestemottaker, som skal skape tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Om vernepleier vil at samhandlingen skal fungere, viser Eide & Eide (2019, s. 26) til hvordan vernepleier må gi fra seg makten, slippe kontrollen og ta risikoer for å bygge tillit til tjenestemottakeren. I studien til Torbjørnsen et al. (2014) kommer det frem hvordan tjenesteytere endret sine holdninger til tjenestemottakerne ved å endre begrepene de brukte om symptomer som oppsto hos dem, og heller la fokuset på hva de mestret. De ønsket å skape en holdning som ble preget av et ønske om å forstå tjenestemottakerens perspektiv og syn på verden (Eide & Eide, 2019, s. 40). Føler tjenestemottaker seg forstått, utvikles en troverdighet, trygghet og tilknytning til vernepleier over tid, som er med på å skape en positiv utvikling (Røkenes & Hanssen, 2012, s.27).

Likevel er det viktig å ta hensyn til at det å bygge en relasjon med en person som har sosial angst er utfordrende i seg selv, fordi det utgjør en sosial interaksjon. Som sagt rammer sosial angst særlig under interaksjon med andre og i situasjoner hvor de føler seg utrygg (NHI, 2020). Når en sliter med en angstlidelse er det svært vanlig å prøve unngå alt som trigger angsten, fordi angsten er et ubehag og følelsen av kontroll blir vekke. Dette kan føre til at tjenestemottaker søker til trygghetssøkende strategier, som unnvikelse, flykt og utsettelse (Thingsnæs, 2018, s. 151). I en slik situasjon bør vernepleier være klar over egen væremåte

ovenfor tjenestemottaker. Vernepleier bør vise til forståelse av deres perspektiv og være anerkjennende ovenfor tjenestemottakers opplevelse av situasjonen (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 188-191).

I tillegg viser Carl Rogers (Eide & Eide, 2019, s. 375) til hvordan vernepleiere bør ha evnen til å lytte til tjenestemottaker, uten å dømme. Han tar opp hvordan bruken av empati er et viktig verktøy for utvikling av en god relasjon. På den ene siden viser tjenesteytere i studien til Catlow et al. (2020) hvordan empati blir brukt til å forstå hele mennesket, fysisk, mentalt og følelsesmessig. På den andre siden viser studien til Catlow et al. (2020) hvordan upassende bruk av empati har potensial til å påvirke behandlingen negativt, til tross for at empati blir fremstilt som et positivt verktøy. Derfor bør vernepleier være oppmerksom på deres bruk av empati, og bruke empati ut i fra tjenestemottakernes behov og hva de ønsker av støtte.

5.2.3 Kommunikasjon som verktøy

Som jeg nevner over, er samhandling mellom vernepleier og tjenestemottaker viktig. Men for at en samhandling skal fungere, er kommunikasjonen mellom vernepleier og tjenestemottaker nøkkelen. Eide & Eide (2019, s. 16-17) viser til hvordan personorientert kommunikasjon er med på å bidra til å se hele personen - muligheter, ressurser og individuelle ønsker og mål hos tjenestemottakeren og hans livssituasjon. En tjenestemottaker med sosial angst har som nevnt ofte en frykt for å bli vurdert negativt av andre rundt seg, og kan føle seg utrygg i ulike situasjoner, ofte rundt autoritetspersoner, som en vernepleier. I en slik situasjon bør vernepleier huske på å gi tjenestemottakeren den tiden han trenger, og prøver å forstå hans perspektiv. Som jeg viser til tidligere kommer det frem i studien til Bacha et al. (2016) at det er dette en tjenestemottaker ønsker fra en vernepleier, med andre ord vil tjenestemottakere føle seg forstått.

Humor kan bli brukt som et verktøy og en kommunikasjonsstrategi under relasjonsarbeidet og behandlingen. Både Thingsnæs (2018, s. 87) og Eide & Eide (2019, s. 187) viser til hvordan humor er en viktig ressurs i en vanskelig situasjon. Humor gir en følelse av fellesskap og bedre kontakt med andre mennesker, samtidig som det bidrar til mindre stress og pågangsmot til å mestre angstlidelsen. Vernepleier bør likevel være oppmerksom på å skille

mellom passende og upassende humor, for humor hjelper bare når tjenestemottaker opplever den som god (Thingsnæs, 2018, s. 87). Selv om humor er et godt verktøy, er det en forutsetning at en trygg relasjon allerede er etablert.

5.3 MESTRING – motivering til å lykkes med angstlidelsen

Grunnlaget for den gode relasjonen bidrar til at vernepleier bedre kan tilrettelegge og støtte til mestring. Studien til Hauge et al. (2016) viser til hvordan høyere kompetanse hos tjenesteytere bidrar til at tjenestemottakere med sosial angst blir værende i behandlingen lenger, og hvordan kompetansen bidrar til utfallet av behandlingen.

I Bacha et al. (2020) sitt studie forklarer tjenestemottakerne hvordan de oppsøkte hjelp for å stabilisere symptomer, sosiale problemer, og fjerne den emosjonelle smerten og det å ha noen å snakke med. I følge Thingsnæs (2018, s. 44) forutsetter en vellykket behandling en motivasjon for endring. Ved en angstlidelse er det vanligvis ikke så vanskelig å oppsøke hjelp, fordi de psykiske problemene ofte er så store at en ønsker en forandring. Å jobbe med en angstlidelse kan være smertefult og det krever en god innsats fra tjenestemottaker. Det er derfor viktig at tjenestemottaker tenker grundig gjennom om han har motivasjon og krefter til å jobbe med å mestre sin angstlidelse. Samtidig er det viktig at vernepleier er forberedt på symptomforverring i oppstartsfasen av behandlingen, da dette er en relativt vanlig opplevelse (Thingsnæs, 2018, s. 11). Ellers er det viktig å få frem at en vernepleier ikke kan utføre arbeidet av mestringprosessen, men motivere gjennom veiledning, informasjon, motivering og utfordring til refleksjon og ettertanke, slik at endringsarbeidet utvikles (Eide & Eide, 2019, s. 262). En vernepleier og tjenestemottaker står sammen om å mestre den sosiale angsten, hvor grunnlaget er den gode relasjonen.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven presenteres resultatet fra arbeidet mitt som rettet søkelyset mot viktigheten av en god relasjon mellom tjenestemottaker med sosial angst og vernepleier, slik at vernepleier kan støtte til mestring. Gjennom forskningsartiklene har jeg fått en større forståelse for hva en tjenestemottaker ønsker og trenger fra en vernepleier, og hvordan tjenesteytere ønsket å få en forståelse av deres perspektiv for å støtte til mestring. Forskningsartiklene viste til hvordan en vernepleier kan forstå livssituasjonen til tjenestemottaker og deres perspektiv gjennom endring av holdninger ovenfor symptomer, og hvordan vernepleier gjennom empati, tillit, informasjon og kompetanse skaper den gode relasjonen. I tillegg viser faglitteraturen som blir brukt til hvordan kommunikasjon, motivering og humor står sentralt for å støtte til mestring av den sosiale angsten.

En god relasjon er et viktig virkemiddel for å støtte tjenestemottaker til å mestre sin sosiale angst. En vernepleier kan bidra med sin kompetanse og kunnskap innenfor psykisk helsearbeid gjennom å informere, trygge, støtte og stimulere til motivering for en endring og positiv utvikling i behandlingen hos tjenestemottakere med sosial angst. I regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022, s. 7) viser de til hvordan de vil at personer med en psykisk lidelse skal føle på mestring og få en opplevelse av mening. Samtidig legger regjeringen frem at det er et behov for mer kunnskap og bedre kvalitet i folkehelsearbeidet og i tjenestene. Videre forskning bør ta for seg hva den gode relasjonen mellom vernepleier og en tjenestemottaker med sosial angst består av, hvilken påvirkning relasjonen har, og hva mer en vernepleier kan bidra med for å støtte til mestring av den sosiale angsten.

7.0 Referanseliste

Berge, T., & Repål, A. (Red.). (2015). *Håndbok i kognitiv terapi*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Engelstad, S., J., & Engedal, K. (2017) *Psykiatrici for helse og sosialfagutdanningene*. (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm

Folkehelseinstituttet. (2019. September, 24). *Angst*.

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/angst/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning* (FOR-2005-12-01-1379). Lovdata.

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

Helsebiblioteket. (u,d.). *Behandling og oppfølging*.

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/7-behandling-og-oppf%C3%B8lging/7.2-god-terapeutisk-relasj>

Helsebiblioteket. (u,å). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsebiblioteket. (2015, November, 3). *Litteratursøk*.

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok>

Helsebiblioteket (2020, januar 3). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og*

engelsk. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Helsebiblioteket (2016, juni 3). *PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet*. Regjeringens strategi for god psykisk helse. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>

Hummelvoll, J., K. (2018). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, M., K. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Meld. St. 13. (2011-2012). *Samspill i praksis*. Utdanning for velferd.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>

Nordlund, I., & Thronsen, A., & Linde, S. (2019). *Innføring i vernepleie*.

Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell. (1.Utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Norsk Helseinformatikk. (2020, April 24). *Sosial angst*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/sosial-angst/>

Nortvedt, M., & Jamtvedt, G., & Graverholt, B., & Nordheim, L., & Reinart, L. (2012).

Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok. (2.utg.) Oslo: Cappelen Damm

Owren, T., & Linde, S. (Red.). (2020). *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige Perspektiver*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, O., & Hanssen, P. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt for skritt*. (1.utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Søk & skriv (2020, juli 1). *Systematisk søking*.

<https://sokogskriv.no/soking/systematisk-soking.html#problemstilling>

Thingnæs, G. (2018). *Mestringsbok angstlidelser - tenk om - tenk hvis*. Stavanger: Hertevig Forlag Akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 9 opplag. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

8.VEDLEGG

8.1 VEDLEGG 1: Dokumentasjon av søk

Database/kilde: PubMed
Dato for søk: 23/2-2021
Fremgangsmåte: «Working alliance» AND «social anxiety» AND «competence»
Antall treff: 37
Inkluderte artikler: 1

Database/kilde: PubMed
Dato for søk: 14.4.2021
Fremgangsmåte: «patient perspective» AND «experience» AND «mental healthwork» AND «relationship»
Antall treff: 78
Inkluderte artikler: 1

Database/kilde: PubMed
Dato for søk: 5.4.2021
Fremgangsmåte: «Empathy» AND «therapist» AND «nurse»
Antall treff: 26
Inkluderte artikler: 1

Database/kilde: IDUNN
Dato for søk: 3.4.2021
Fremgangsmåte: «Psykisk helsearbeid» OG «relasjon» OG «empati»
Antall treff: 37
Inkluderte artikler: 1

8.2 VEDLEGG 2: KBP-SKJEMA

KBP-læringsverktøy

Skriv kort, beskrivende og presist

Informasjonsbehov

Beskriv den kliniske situasjonen som førte til et informasjonsbehov:

I ulike praksiser har jeg møtt personer med en angstlidelse, og sett hvordan dette påvirker hverdagen deres. Den type angstlidelse som skilte seg mest ut var sosial angst. Gjennom de ulike praksisperiodene mine bygget jeg flere relasjoner, og så viktigheten og betydningen av en god relasjon. I denne oppgaven vil jeg derfor å sette meg inn i relasjonsarbeidet mellom vernepleier og tjenestemottaker med sosial angst, samt betydningen av en god relasjon. Jeg vil og se på hvordan en vernepleier kan bidra til mestring av sosial angst hos tjenestemottaker.

SpørsmålsformuleringHvilken type [kjernes spørsmål](#) er spørsmålet ditt?
 Forekomst Årsak Diagnostikk Effekt av tiltak Prognose Erfaringer og holdninger
For spørsmål om forekomst, årsak, diagnostikk, effekt og prognose, fyll inn de relevante [PICO-elementene](#):

P	Population	Tjenestemottaker med sosial angst
I	Intervensjon	Relasjonen mellom vernepleier og tjenestemottaker
C	Sammenligning	
O	Utfall	God relasjon og mestring av sosial angst

Formuler PICO/PICo-spørsmålet ditt:

«Hvordan kan vernepleier gjennom en god relasjon bidra til mestring av sosial angst?».**Litteratursøk**

Kryss av for kilder du søkte i:

Oppsummert forskning		Primærstudier	
<input type="checkbox"/> UpToDate	<input type="checkbox"/> Annet (spesifiser)	<input checked="" type="checkbox"/> PubMed/MEDLINE Clinical Queries	<input checked="" type="checkbox"/> Andre (spesifiser)
<input type="checkbox"/> BMJ Best Practice		<input checked="" type="checkbox"/> PsycINFO	IDUNN
<input checked="" type="checkbox"/> Cochrane Library		<input type="checkbox"/> CINAHL	
<input type="checkbox"/> Epistemonikos		<input type="checkbox"/> SocINDEX	

Hvorfor valgte du disse kildene?

Jeg ser på disse databasene som relevante da det er databaser med forskningbasert informasjon, kvalitetsvurderte systematiske oversikter og internasjonale og nordiske artikkelbaser.

Beskriv søkeordene og hvordan du kombinerte dem (lim inn eller legg ved søkestrategi):

Norske søkeord: Sosial angst/fobi, terapeutisk relasjon, terapeutisk allianse, relasjon, mestring, mestringsstrategier, psykisk helsearbeid, allianse, vernepleier/sykepleier, pasient, empati, kommunikasjon, brukerperspektiv/opplevelse

Engelske søkeord: Social anxiety/phobia, therapeutic relation, therapeutic alliance, working alliance, relation, mastering, coping strategies, mental healthwork, alliance, social worker/nurse, patient, empathy, communication, patient perspective/experience

- PubMed brukte jeg søkeordene: «working alliance» AND «social anxiety» AND «competence»
- IDUNN brukte jeg søkeordene: «psykisk helsearbeid» OG «relasjon» og «empati»,
- PubMed brukte jeg søkeordene : «patient perspective» AND «experience» AND «mental healthwork» AND «relationship»,
- PubMed brukte jeg søkeordene: «Empathy» AND «therapist» AND «nurse»,

Beskriv inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:

- Artiklene skal ikke være mer enn 10 år gamle
- Artiklene skal være fagfellevurderte og/eller karaktisert som en forskningsartikkel
- Studien skal tatt hensyn til etikk
- Språket på artiklene skal være på norsk eller engelsk

Eksklusjonskriterier:

- Eldre enn 10 år gamle
- Ikke etisk overveid
- Annet språk enn norsk eller engelsk

Resultat fra søk: Legg ved valgt artikkel i fulltekst, eller lenke til artikkel, oppslagsverk eller retningslinje.

1. **Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie** (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit, 2014). [https://www.idunn-no.galanga.hvl.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_kvalitativ](https://www.idunn.no/galanga.hvl.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_kvalitativ)

2. **Empathy in action in healthcare (EACH): A mixed methods study of nurses' and therapists' empathy** (Catlow, Aikins-Snyper, Carson, Jaggi & Bench, 2020). <https://www-sciencedirect-com.galanga.hvl.no/science/article/pii/S1878124119301339?via%3Dihub>
3. **Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorders in adults»** (Haug, Nordgreen, Øst, Tangen, Kvale, Hovland, Heiervang & Havik, 2016). <https://www-sciencedirect-com.galanga.hvl.no/science/article/pii/S000579671530067X?via%3Dihub>
4. **«'Like a human being, I was an equal, I wasn't just a patient': Service user's perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services»** (Bacha, Hanley & Winter, 2019). <https://bpspsychub-onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/epdf/10.1111/papt.12218>

Kritisk vurdering (legg eventuelt ved utfylt sjekkliste)

Hva er tema/problemstilling i artikkelen, retningslinjen eller oppslagsverket?

1. Artikkelen legger vekt på betydningen av systematisk refleksjon ovenfor tjenestemottakerens mestingsstrategier har for utvikling av empati hos helsepersonell.
2. Empati og dens påvirkning på tjenestenivået
3. Belyser kompetansens relevans i behandlingsrelasjonen
4. Denne artikkel tar for seg tjenestemottakere sin side av relasjonessopplevelser med tjenesteytere innenfor psykiske helsetjenester.

Hvilket studiedesign er brukt? (Begrunn hvorfor dette er et velegnet design for å besvare spørsmålet) (Gjelder ikke for oppslagsverk)

1. Kvalitativ studie
2. Kombinert studie – kvalitativ og kvantitativ studie
3. Randomisert kontrollert studie
4. Kvalitativ studie

Kvalitativ studie tar for seg erfaringer og holdninger, og setter lys på tjenesteytere og tjenestemottakere sitt syn på erfaringene sine.

Randomisert kontrollert studie viser til effekten av tiltak, som er med på å svare på hvordan vi kan behandle problemet.

Kombinert studie tar for seg en kombinasjon av kvalitative og kvantitative studier. Her er både erfaringer og holdning komst frem gjennom intervju, men også målbare tall gjennom en spørreundersøkelse.

Hva forteller resultatene? (Hvis relevant: angi effektestimater og informasjon om statistisk usikkerhet)

1. Funnene forteller at det er likheter og ulikheter i hvordan en oppfatter tilnærmingen til pasienten. Det er et ønske om å forstå pasientens livsverden. Og for utvikling av empati kom det frem at noe som stoppet det var uro over personalet, språklig makt og anerkjennende tilstedeværelse. Også holdninger til mestring og symptom, ny motivasjon, pasienten merker velvilje og bruk av symptombeskrivende begrep var sentralt.
2. Funn som kom frem her var personlige erfaringer knyttet til graden av empati, terapeutisk bruk av seg selv, påvirkning av empati og læring rundt empati. Også negativ bruk av empati ble funnet.
3. Funn viser til høyere kompetanse viser til bedre resultat for tjenestemottakere med angst. Lavere kompetanse førte til frafall. Fokuset på relasjonen sent i behandlingen viste til bedre resultat.
4. Tre temaer ble funnet i denne studien: «er jeg en person eller objekt i systemet?», «Traumatiske opplevelser innen forhold» og «Nyttige og transformerende forhold». Begreper som makt, sikkerhet og identitet i forholdet som individer har med psykisk helsepersonell ble og trekt frem som viktig.

Kan du stole på resultatene? (Begrunn hvorfor du kan eller ikke kan stole på resultatene)

1. Studiet er en kvalitativ studie. Formålet med studiet er klar formulert og forskerne viser til problemstilling og hvorfor de ville finne svar på dette. Det er gjort rede for hvorfor de valgte ut deltakerne til å svare på problemstillingen. Data ble samlet inn gjennom fokusgruppeintervju. Intervjuene ble ledet av moderator som observerte gruppedynamikken, stilte oppklarende spørsmål og oppsummerte intervjuene. Intervjuene ble tatt opp. Etske forhold ble tilrettelagt ved at informantene gidde samtykke. Hvordan analysen ble gjennomført er tydelige og forståelig.
2. Studiet er en kombinert studie av kvalitativ og kvantitativ studie. Formålet er også her klart og en relevant problemstilling. Deltakerne er gjort rede for. Data ble samlet inn gjennom intervju og spørreundersøkelse. Deltakerne ble informert og de fikk samtykke til å bruke svarene i studien. Analysen er tydelig.
3. Studiet er en randomisert kontrollert studie. Forskningsspørsmålet er klart og tydelig. Deltakerne ble tilfeldig fordelt på en tilfredsstillende måte. Alle deltakere ble gjort rede for, og deltagere som avlyste blei tatt ut og beskrevet. Det var inklusjonskriterier i studien, og tatt hensyn til lik/ulik behandling.
4. Studie er en kvalitativ studie. Formålet og problemstillingen er tydelig og relevant. Deltakere er gjort rede for. Data ble samlet inn gjennom gruppeintervju. De etske ble tatt rede for også i denne studien. Analysen er tydelig.

Samlet sett ser jeg på resultatene som troverdige, og til å stole på.

Kan du bruke resultatene i din praksis? (Angi relevante momenter knyttet til overførbarhet)

1. Ja. Studie undersøkte tjenesteytere sitt perspektiv på relasjonens betydning i psykisk helsearbeid, og hvordan de fokuserer på mestring som symptom.
2. Ja. Studie undersøkte empatien sin påvirkning på tjenestenivået. Funnene som kom frem var at bruken av empati kan både bli brukt som et positivt verktøy, men også negativt, noe som kan ha en innvirkning på relasjonens betydning.
3. Ja. Studie undersøkte om kompetansen til tjenesteytere har en innvirkning på behandlingsrelasjonen, som er relevant for å svare på problemstillingen.
4. Ja. Studie undersøkte tjenestemottakere sitt synspunkt på relasjoner med tjenesteytere som arbeider i psykiske helsetjenester. Funnene indikerer på ulike relasjonsopplevelser, og hva tjenestemottakerne tenker er med på å skape en god og trygg relasjon. Disse funna kan jeg bruke som tjenestemottakerne sitt perspektiv for å få svart på problemstillingen.

Anvende

Hvordan vil du konkludere, og kan du integrere kunnskap fra artikkelen, oppslagsverket eller retningslinjen med din kliniske erfaring, pasientverdier og –preferanser i kliniske avgjørelser? (Skisser f.eks. forslag til handlingsplan)

Resultatene kan jeg bruke i den forstand at det er relevante funn for å besvare problemstillingen min. Funnene sier noe om kompetanse, empati, tjenesteytere og tjenestemottakere sitt perspektiv, mestring, og relasjonen.

Hvis du har endret praksis, beskriv endringene:

Evaluering

Hvis du har endret eller planlegger å endre din praksis, hvordan vil du evaluere dette? Evaluer også hvordan du selv har fulgt og gjennomført trinn 1-6 over. Hva var bra og hva vil du gjøre annerledes neste gang?

Jeg har gjennomført flere søk ved hjelp av PICO-skjema og relevante søkeord i de ulike databasene. Jeg beveget bak sakte og nøye gjennom alle trinnene ovenfor. Dette har hjulpet meg å få oversikt over artiklene, og kritisk vurdere funnene gjennom sjekklister til helsebiblioteket.