



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	321
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7151
----------------------	------

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:	56
Andre medlemmer i gruppen:	432

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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Schizofreni og relasjonsbygging.

*En diskusjon om hva som fremmer og
hemmer en relasjon*

Kandidatnummer: 432, 321

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 21.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Noe av det som gjorde meg så trygg på han, var nok at han aldri brukte mer makt enn nødvendig. Han prøvde alltid først å samarbeide med meg, og han samarbeidet mye lenger enn de fleste andre. Og han så meg, og tok meg på alvor. (Lauveng, 2014, s.

100)

Forord

Vi er tredjeårs studenter ved Høgskulen på Vestlandet, og dermed skal vi skrive en avsluttende bacheloroppgave. Hensikten med denne oppgaven er å få økt forståelse og kunnskap om hvordan sykepleiere kan etablere en god relasjon til mennesker som lider av schizofreni. Sykepleiere i helsetjenesten kan i ulike situasjoner møte mennesker som har vansker med å etablere relasjoner. Vi vil med bakgrunn i dette tilegne oss økt kunnskap om temaet, slik at det kan være en ressurs for oss og andre i møte med mennesker som lider av schizofreni. Denne fagkunnskapen mener vi er grunnleggende i en mellommenneskelig relasjon.

ABSTRACT

Title: Schizophrenia and relationship building. A discussion about what promotes and prevents a relationship.

Background: Background for our choice of topic is experiences from practice, where we experienced the challenge of communication with and the establishment of a relationship with patients with schizophrenia. The book «Tomorrow I was always a lion» by Arnhild Lauveng also contributed to arouse the interest in this topic.

Aim: The purpose of the thesis is to increase understanding and knowledge about how nurses can establish a good relationship with people suffering from schizophrenia.

Method: The thesis is structured as a literary paper based on four research articles.

Result: Trust is a result that is highlighted as important in a good relationship. Patients with schizophrenia also appreciate when nurses spend time with them, and this gives increased trust in the relationship. The results emphasize an empathic attitude in order to understand the patient. Nurses should be aware of their own communication, both verbal and non-verbal. It is of great importance that the nurse and the patient are seen as two equal persons.

Conclusion: In this thesis, we have concluded that trust, time, empathy, communication and equality, are important aspects in a good relationship between a patient with schizophrenia and the nurse.

Keywords: Schizophrenia, psychosis, relationship, communication, therapeutic alliance, nurse

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	2
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3 Avklaring og avgrensning.....	3
2.0 Teori	4
2.1 Begrepsavklaringer	4
2.2 Schizofreni	4
2.4 Samhandling gjennom kommunikasjon.....	6
2.5 Joyce Travelbee	7
3.0 Metode.....	8
3.1 Litteraturstudie og studiedesign	8
3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode.....	8
3.3 Søkeprosess.....	8
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.6 Analyse	10
3.7 Kritikk av metode	11
3.8 Ethiske overveielser	11
4.0 Resultater	12
Artikkel 1	12
Artikkel 2	12
Artikkel 3	13
Artikkel 4	13
5.0 Diskusjon.....	14
5.1 Resultatdiskusjon	14
5.2 Metodediskusjon.....	19
5.3 Kritisk vurdering.....	21
6.0 Konklusjon	22
Litteraturliste.....	23
Vedlegg 1: PICO-skjema.....	26
Vedlegg 2: Flowdiagram	27
Vedlegg 3: Søkehistorikk	28
Vedlegg 4: Kritisk vurdering av kvalitativ artikkel.....	30
Vedlegg 5: Samleskjema	36
Vedlegg 6: Strykeskjema.....	40

1.0 Innledning

I denne oppgaven har vi gjennomført en litteraturstudie med formål å tilegne oss mer kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan danne gode relasjoner til mennesker med schizofreni.

I en rapport om psykisk helse fra Folkehelseinstituttet viser forskning at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 162). Psykose er en gruppe psykiske lidelser. Personer som lider av psykose, karakteriseres av endret virkelighetsoppfatning og redusert evne til mentalisering (Skårderud et al., 2018, s. 125). Schizofreni er den vanligste formen for psykose og det forekommer blant 3-5 per 1000 innbygger i Norge. I Norge er det cirka 10.000 mennesker som behandles for dette (Norsk Helseinformatikk, 2020).

Skårderud et al. (2018, s. 125) mener at forstyrrende relasjoner kan oppstå ved enhver form for psykisk lidelse. Kompetansen til å forstå seg selv og andre – å mentalisere, kan være mer eller mindre hemmet, slik at det stadig oppstår misforståelser, feiltolkninger og konflikter. En god relasjon mellom pasient og sykepleier er en forutsetning for god utredning, oppfølging og behandling. Det er essensielt at relasjonen bærer preg av tillit og grunnleggende enighet om målet for behandlingen, oppfølging og metoder som brukes. Sykepleier bør vise empati, respekt og engasjement for å formidle håp, trygghet og realistisk optimisme. Som sykepleier må man også legge til rette for at pasienten kan anvende egne ressurser, og samtidig formidle håp og tro om at økt mestring er mulig (Guldvog, 2013, s. 28-29).

Vi har lite kunnskap om sykepleierens rolle i relasjonsbygging og ønsket derfor å tilegne oss mer forståelse for dette. En studie utført av Hewitt og Coffey (2005) viser at gode relasjoner har et positivt utfall for behandling av mennesker med schizofreni. Videre viser studien sider ved sykepleieren som er essensielle for å bygge gode mellommenneskelige relasjoner. En av de viktigste egenskapene til sykepleieren er ifølge studien empati.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema er basert på erfaringer fra praksis, der vi opplevde det utfordrende å etablere relasjoner til pasientgruppen. Av den grunn har vi også valgt å implementere noen av våre erfaringer i litteraturstudiets diskusjon. Boken «I morgen var jeg alltid en løve» av Arnhild Lauveng, var også med på å vekke vår interesse for temaet. Boken gir innblikk i en

schizofren pasients perspektiv og tankegang. Dette var med på å skape refleksjoner rundt hvordan mange av disse pasientene blir møtt. Vi tror at en god relasjon er en viktig nøkkel for å kunne utøve best mulig sykepleie til pasienter i psykisk helsevesen. Som ferdigutdannet kan vi tenke oss å arbeide i psykiatrien og det er derfor viktig for oss å belyse viktigheten av gode relasjoner. Ut ifra dette ønsker vi å se nærmere på relasjonsbygging til pasienter med schizofreni.

1.3 Avklaring og avgrensning

Schizofreni kan deles inn i undergruppene hebefren-, kataton- og paranoid schizofreni (Snoek & Engedal, 2017, s. 87). I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på diagnosen i sin helhet, og ikke på spesifikke undergrupper. Videre vil det være forskjell på en person som er i akutt fase av sykdommen, og en som er i en rehabiliteringsfase (Gonzalez, 2020, s. 128). Vi har valgt å ikke avgrense til en spesifikk fase. Dette tror vi kan være med på å gi en generell kunnskap om hvordan vi kan møte pasientene i vår yrkesutøvelse. Sykepleiere kan møte pasienter med schizofrenidiagnose både i institusjon, sykehus, poliklinikk og andre steder hvor helsehjelp utøves. Vi har ikke begrenset oss til en spesifikk arena. På denne bakgrunnen har vi kommet frem til problemstillingen “Hvordan kan sykepleiere etablere en god relasjon til mennesker med schizofreni?”

2.0 Teori

2.1 Begrepsavklaringer

Relasjon

I helsefaglig perspektiv brukes begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2017, s. 17). I oppgaven anvender vi begrepet som sykepleiers forhold til pasienter.

Helsepersonell

Definisjon av begrepet helsepersonell finner vi i Helsepersonelloven (2000) §3: Personell med autorisasjon eller lisens, personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utøver helsehjelp, og elever og studenter i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp. Når vi henviser til artiklene i litteraturstudiets diskusjons- og resultatdel vil vi omtale yrkesutøverne som «helsepersonell». Dette begrunnes med at samtlige av artiklene våre inkluderer flere yrkesgrupper enn sykepleiere. Når vi henviser til teori og egne erfaringer, vil vi benytte begrepet «sykepleier».

2.2 Schizofreni

Hummelvoll definerer psykose som *«en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte virkeligheten, kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller»* (2012, s. 337). Schizofreni er den alvorligste formen for psykose (Skårderud et al., 2018, s. 332). Psykotiske symptomer er uspesifikke uttrykk for endret nevrofysiologisk funksjon i hjernen. Slike endringer kan skje brått eller gradvis. Spesifikke symptomer på schizofreni kan inndeles i de fire A-ene. Disse står for assosiasjonsforstyrrelser, autisme, affektavflatning og ambivalens (Snoek & Engedal, 2017, s. 83). Videre er vrangforestillinger, desorientert tale, hallusinasjoner, fattig språk, apati og desorganisert atferd vanlige symptomer ved lidelsen. For å stille selve diagnosen må to av disse ha vært til stede i minst en måned (Skårderud et al., 2018, s. 332).

Psykosar kan komme av forgiftning, rus, eller som en reaksjon på store belastninger eller isolasjon. Det er ikke alltid enkelt å forklare årsaksforhold. Vi ser også at enkelte utvikler psykose helt uventet og uten noen forklaring. En slik psykotisk utvikling har gjerne sammensatte årsaker og er multifaktoriell. Ved schizofreni har en sett at genetiske forhold spiller en viktig rolle, men det er ikke en tilstrekkelig årsaksfaktor (Snoek & Engedal, 2017, s.

82). I psykosen bryter gjensidigheten i relasjonene sammen. Vårt nærvær, våre kroppsuttrykk og formuleringer kan bli tillagt andre betydninger enn det vi selv intenderer, og kan av pasienten bli feiltolket som trusler eller krenkelser. Å være i en psykotisk tilstand kan føre til en ufattelig ensomhet, som kan ramme selve identitetsopplevelsen. Som konsekvens av dette oppstår det en avstand mellom en selv og andre (Skårderud et al., 2018, s. 125-126). Mennesker med psykose, lever i en virkelighet som er ulik den de fleste andre opplever. Psykose skaper ofte en fremtredende angst, og kan gjøre at verden virker truende, og mennesker rundt personen blir ofte usikre og har vansker med å forstå pasienten. Dette kan føre til ensomhet hos personen, da egne erfaringer, oppfatninger og vurderinger av situasjonen ikke blir forstått og opplevd av andre (Hummelvoll, 2012, s. 339). Schizofreni rammer helt grunnleggende funksjoner som gir oss mennesker opplevelsen av, individualitet, egenart og mening. Personen kan tro at andre umiddelbart forstår deres intime følelser, handlinger og tanker (World Health Organization, 1999, s.83).

2.3 Relasjonens betydning i psykisk helsevesen

Gode relasjoner til andre mennesker er en av de viktigste kildene til god psykisk helse. Til tross for dette kan det være krevende for enhver å utvikle og opprettholde gode relasjoner. I møte med andre mennesker skjer det mange hendelser som vi selv tolker og forstår. Når menneskets grunnleggende måte å forstå ting på er fordreid, noe vi ser hos mennesker som er psykotiske, vil dette prege relasjonen (Møller, 2018, s. 42).

Relasjoner er helt sentral for at behandlingen blir vellykket (Peleikis & Felldal, 2017, s. 152). Kvalitet i relasjonen er vesentlig for at den som trenger hjelp skal kunne etablere tillit til den hjelpende (Røssberg, 2008 sitert i Gonzalez, 2020, s.58). Tillit er en viktig nøkkel i en god relasjon. For å oppnå tillit til et annet menneske må den hjelpende fremstå pålitelig, autentisk, tilstedeværende og ha et oppriktig ønske om å hjelpe. Sykepleieren som jobber i psykiatrien, må utvikle sine ferdigheter for å fremme tillit (Townsend & Morgan, 2017, s. 126-127). Andre kvaliteter ved sykepleieren som er viktig i arbeidet med psykotiske mennesker er: at de har god sensitivitet, innehar fagkunnskap og viser medmenneskelighet, empati, åpenhet og tilgjengelighet. Videre at sykepleieren jobber målrettet, utholdende og samtidig er fleksibel (Hummelvoll, 2012, s. 355). Empati er evnen til å klare å sette seg inn i andres følelsesliv. Empati vil bidra til å gi innsikt i andres situasjon, og hvordan etiske konflikter kan løses (Hummelvoll, 2012, s. 104).

Hummelvoll (2012, s. 39-43) beskriver 9 hjørnesteiner som skal bidra til å styrke sykepleier-pasient-fellesskapet. De kan bidra til å gi økt forståelse og mulighet til å kartlegge pasientens utfordringer, som kan gi grunnlag for å etablere en relasjon. Hjørnesteinene omtales som *likeverdighet, møte/nærværenhet, selvaktelse, mål, mening, verdiavklaring, ansvar og valg, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør og håp.*

Liv Strand har utarbeidet 12 Egostyrkende sykepleieprinsipper. Dette er en måte å hjelpe mennesker med sviktende egofungering, enten varig eller i øyeblikket (Strand, 1990, s. 74). De består av *kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, grensesetting, skjerming, containing-function, realitetsorientering, praktiske gjøremål-samhandling, verbalisering, pedagogisk tilnærming, krav, mål og trening i å se valgmuligheter og å foreta valg.*

2.4 Samhandling gjennom kommunikasjon

Kommunikasjon kan bidra til at sykepleier og pasient etablerer et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 136). I hvert møte mellom sykepleier og pasient vil det være kommunikasjon mellom dem. Håkonsen (1999, s. 99) hevder at sykepleieren med fordel kan benytte seg av ikke-verbale signaler. Disse signalene kommer naturlig og følger en persons naturlige følelsesmessige opplevelser av hendelsen. Ikke-verbale signaler kommer til uttrykk ved blick, toneleie, øyekontakt, kroppsbevegelser, ansiktsuttrykk og avstand mellom personer. Ofte betyr disse signalene mer enn ordene som sies. Travelbee (1999, s. 135) omtaler non-verbal kommunikasjon som en kontinuerlig prosess, og den vil alltid følge den verbale kommunikasjonen.

God kommunikasjon handler om hvilke verdier og mål en ønsker å fremme gjennom kommunikasjon (Røknes & Hanssen, 2012, s. 241). Kommunikasjonen bør tilstrebe å være målrettet og effektiv, men det er viktig at det oppleves positivt for pasienten. Gode kommunikasjonsferdigheter kan brukes i arbeidet mot et felles mål. Disse ferdighetene kan være et positivt tilskudd til vår kompetanse (Håkonsen, 1999, s. 94-95). Røknes og Hanssen (2012, s. 241) trekker frem blant annet tillit som en forutsetning for vellykket kommunikasjon. Formålet med kommunikasjon er å formidle et budskap samtidig som en ivaretar verdiene i samhandlingen. God kommunikasjon vil i mange tilfeller handle om at disse to faktorene er forenlig med hverandre. Det vil være lettere å forstå hverandre dersom man har etablert en bærende relasjon, preget av trygghet, tillit og en følelse av kontakt

(Røknes & Hanssen, 2012, s. 241-242). Sykepleieren må benytte seg av ulike kommunikasjonsferdigheter og teknikker for å samhandle på en god måte med pasienten (Håkonsen, 1999, s. 94).

2.5 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier som la vekt på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Hennes teori tar blant annet utgangspunkt i at sykepleie bør bestrebe etablering av et menneske-til-menneske-forhold, og ikke et sykepleier-pasient-forhold (Travelbee, 1999, s.5). Et kjennetegn ved et menneske-til-menneske-forhold er at både sykepleier og pasienten oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer. Dette krever at man må gå utover fasadene som sykepleier og pasient for å kunne nå inn til hverandre som mennesker (Travelbee, 1999, s.171).

3.0 Metode

I metodekapittelet ønsker vi å belyse hvordan vi har gått frem i litteratursøk og utvalg av artikler. Metoden er verktøyet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Det hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til litteraturstudiet vårt (Dalland, 2017, s. 52). I metodekapittelet beskriver vi hvordan vi har samlet inn informasjonen og kunnskapen vi har brukt for å belyse vår problemstilling. Vi ønsker at våre resultater skal være etterprøvbare (Thidemann, 2015, s. 76).

3.1 Litteraturstudie og studiedesign

I denne oppgaven har vi valgt å bruke metoden litteraturstudie for å belyse vår problemstilling. Litteraturstudier systematiserer kunnskap fra eksisterende forskning som er presentert i vitenskapelige artikler. Å systematisere kunnskapen betyr å søke den, samle den, vurdere den, og sammenfatte det hele (Støren, 2013, s. 17). For å kunne vite hvilken forskningsmetode som gir pålitelige svar for vår problemstilling har vi sett på ulike kjernesporsmål. Vår problemstilling går under kjernesporsmålet «hvordan oppleves det?». Dette er et spørsmål som går på erfaringer og holdninger. Dermed er kvalitative metoder å foretrekke (Folkehelseinstituttet, 2016a).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Metode deles inn i kvantitative eller kvalitative metoder. Kvantitative metoder gir oss data i målbare enheter. Data til kvantitative metoder kan være innhentet ved hjelp av spørreskjemaer med faste svaralternativer. Spørreskjemaene blir besvart av mange respondenter, noe som resulterer i breddekunnskap. Det vil si at en mottar få opplysninger fra mange deltakere. Resultatene fremstilles ofte i form av tabeller (Thidemann, 2015, s. 77-78).

Det som kjennetegner den kvalitative metoden, er at en får mange opplysninger fra færre undersøkelsesenheter. Kvalitativ metoden tar sikte på å fange opp personens meninger, tanker, erfaringer og opplevelser. For å innhente data til kvalitative metoder benyttes intervju, dokumentanalyse, observasjoner og feltarbeid (Thidemann, 2015, s. 78).

3.3 Søkeprosess

Til å begynne med undersøkte vi temaet ved å lese pensumlitteratur og på internett for å reflektere rundt problemstillinger vi opplevde som interessante. For å finne inspirasjon til vår

litteraturstudie utførte vi orienteringssøk. Vi benyttet oss av databaser som inneholdt helsefaglig forskning for å finne relevant forskningslitteratur. Søk ble utført i PsycINFO, Svemed+, Cinahl, Medline, og Pubmed. Engelske søkeord ble benyttet og ved hjelp av helsebibliotekets Mesh-termer fant vi synonymer og gode søkeord på engelsk. Eksempler på søkeord vi brukte var «Schizophrenia» AND «Therapeutic Alliance» OR «Nurse-patient-relation». Med utgangspunkt i problemstillingen har vi utarbeidet et PI(C)O-skjema, dette hjalp oss å systematisere søkeordene (vedlegg 1). Det bidrar til en tydelig og presis problemstilling (Folkehelseinstituttet, 2016b). «P» innebærer hvilken type pasient eller pasientgruppe problemstillingen omfatter. «I» handler om hvilken intervensjon man ønsker å undersøke. «C» står for comparison, altså dersom tiltaket skal sammenlignes med et annet. «O» står for outcome, og omfatter hvilke utfall eller effekter man er interessert i (Thidemann, 2015, s. 86)

Litteratursøket ble gjort i perioden oktober 2020 til april 2021. Vi har valgt å inkludere fire artikler vi opplever relevant for vår problemstilling. Herunder har vi en integrativ gjennomgang, to kvalitative studier og en metaetnografi. En metaetnografi er et sett av analysestrategier som er spesielt utviklet for å sammenstille kvalitative data. Formålet er å sammenfatte og skape en syntese av alle data (Helsebiblioteket, u.å). Artiklene har vi hentet fra Cinahl og PsycINFO. PsycINFO er en database som inneholder fagfelleverdert litteratur innen atferdsforskning og mental helse. Denne er høyst aktuell for vår problemstilling. Cinahl inneholder en del pasienterfaringer og kvalitativ forskning. Den inneholder også referanser til litteratur om sykepleie på engelsk (Høgskulen på Vestlandet, u.å). For at det skal være mulig å kunne etterprøve våre søk, har vi dokumentert disse i Flowdiagram (vedlegg 2) og søkehistorikk (vedlegg 3). I Flowdiagrammet har vi vist hvordan vi har endt opp med våre fire artikler. I vedlegget med søkehistorikk har vi dokumentert søkeord, kombinasjoner og databaser det er blitt søkt i.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier er med på å tydeliggjøre litteratursøket, og det vil avgrense mengden litteratur. Dette er med på å gjøre søket hensiktsmessig ut fra det vi ønsker av kunnskap (Thidemann, 2015, s. 84). Ved å definere slike kriterier, risikerer vi å gå glipp av relevante artikler, men søket vil imidlertid bli gjort på en mer homogen gruppe. Et av våre kriterier var at studiene skulle være gjennomført i helsevesen som er sammenlignbart med Norge. Dette gjør at resultatene lettere kan overføres til praksis. Vi har også valgt å

ekskcludere forskning som er eldre enn ti år, dette sikrer oss ny og oppdatert forskning.

Nedenfor har vi listet våre inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 3.1).

Tabell 3.1; Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Voksne pasienter (over 18 år) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter under 18 år
<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter som behandles i psykisk helsevern 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter som ikke behandles i psykisk helsevern
<ul style="list-style-type: none"> • Studiene har engelsk, norsk, svensk eller dansk språk 	<ul style="list-style-type: none"> • Andre språk enn engelsk, norsk, svensk eller dansk
<ul style="list-style-type: none"> • Helsevesen som er sammenlignbart med norsk helsevesen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Helsevesen med store forskjeller fra norsk helsevesen
<ul style="list-style-type: none"> • Studier som inkluderer personer med en schizofreni- eller psykosedidiagnose 	<ul style="list-style-type: none"> • Studier som ikke inkluderer personer med en schizofreni- eller psykosedidiagnose
<ul style="list-style-type: none"> • Studier som er publisert de siste ti årene, etter 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • Studier som er publisert før 2011
<ul style="list-style-type: none"> • Fagfelleverderte studier 	<ul style="list-style-type: none"> • Studier som ikke er fagfelleverderte

3.6 Analyse

For å få ett innblikk i studiene sitt innhold startet vi med å lese abstrakt. Ved gjennomgang av studiene benyttet vi oss av IMRaD- strukturen, slik at lesingen skulle bli mest mulig effektiv. Thidemann (2015, s. 30-31) beskriver IMRaD-strukturen som en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige studier, noe som gjør det enkelt å vite hvor man finner ulik informasjon. Innledningen (I) beskriver hensikten med studien, deretter gjøres det rede for valg av metode (M), så presenteres resultater (R), etterfulgt av en diskusjon av resultater (D), til slutt trekkes konklusjoner.

Vi oversatte artiklene ved hjelp av engelske ordbøker. Underveis i lesingen noterte vi oss et sammendrag, hvor vi oppsummerte artiklenes hensikt, metode, resultat, diskusjon og konklusjon. I sammendraget skrev vi også inn styrker og svakheter med studien.

Sammendragene gjorde det enklere å ha oversikt over de ulike aktuelle artiklene, og på den måten kunne vi vurdere de opp mot hverandre. Da vi hadde bestemt oss for hvilke studier som

svarte best til vår problemstilling, leste vi dem flere ganger og markerte viktige setninger og momenter.

Ved å lage en syntese med tematiske overskrifter i resultatkapittelet, kan dette gi en god oversikt over hva som skal diskuteres videre (Thidemann, 2015, s. 115-116). I denne litteraturstudien har vi valgt å ikke utarbeide en syntese, men presentert resultatene i form av en kort oppsummering av hver studie. Dette begrunnes med at studiene har svært ulikt fokus, og dermed så vi det som mest hensiktsmessig å presentere studiene hver for seg.

3.7 Kritikk av metode

En litteraturstudie gir en oversikt over kunnskapen man vil undersøke. Det skaper ingen ny kunnskap, men likevel kan nye erkjennelser komme frem ved å sammenstille resultatene, noe som kan bidra til å gi et mer allsidig funn (Støren, 2013, s. 17). Videre gir det en god og oppdatert forståelse av kunnskapen på et spesifikt område (Thidemann, 2015, s. 80).

Svakheter med litteraturstudie som metode er at forfatteren bare har tilgang til et begrenset utvalg artikler, og selv kan selektere studier som støtter under egne standpunkter. Dette kan gjøre at forfattere som undersøker samme tema kan komme frem til helt ulike konklusjoner. I litteraturstudier hvor artiklenes kvalitet ikke er nøye kritisk vurdert, kan dette også gi feilaktige konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

3.8 Etiske overveielser

I Norsk Sykepleieforbund (2019) sine yrkesetiske retningslinjer står det i kapittel 1.4 at sykepleiere skal være oppdatert på utvikling, forskning og dokumentert praksis innenfor sykepleie som fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis.

Forskningsetikk er et område av etikken som innebærer vurdering av forskning i henhold til samfunnets verdier og normer. Her er det viktig at personvern blir ivaretatt og å sikre at de som deltar i forskningen ikke blir påført skader eller belastninger Dalland (2017, s. 236).

Vi har benyttet oss av velkjente databaser for å finne relevant forskning. Gjennom vår oppgave har vi også referert i henhold til APA 7, ved hjelp av referansehåndteringsverktøyet EndNote. Videre har vi fulgt HVL sine etiske retningslinjer for oppgaveskriving. Ettersom at

vi i stor grad har inkludert kvalitativ forskning, har det vært svært viktig for oss at personer i de inkluderte studier har vært anonyme, og at forskerne har ivaretatt personvernet.

4.0 Resultater

Artikkel 1

Therapeutic alliance, relationship building and communication strategies- for the schizophrenia population

Harris og Panozzo (2019) har gjennomført en integrativ gjennomgang med mål om å undersøke faktorer som kan påvirke relasjonen mellom helsepersonell og pasienter med schizofreni. Hovedfunnene i studien var at graden av pasienten sin psykiske lidelse, påvirket hvordan helsepersonellet vurderte relasjonen. Desto mer innsikt pasienten hadde i egen sykdom, desto bedre vurderte helsepersonellet relasjonen. Resultatene i studien indikerte at helsepersonellet og pasienten har ulike prioriteringer og mål for behandlingen. Det viste seg at pasientene var opptatt av sine livsproblemer, som jobb og bolig, mens helsepersonellet sine prioriteringer i stor grad handlet om medisinske mål og symptomer. Et tredje viktig funn i studien var at når helsepersonell gjennomgikk opplæringsprogrammer i kommunikasjon, resulterte dette i statistisk signifikante økninger i positive vurderinger av relasjonen, både for pasienten og helsepersonellet.

Artikkel 2

The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness

Ljungberg et al. (2015) har gjennomført en metaetnografi med mål om å undersøke hva gode relasjoner mellom helsepersonell og pasienter med psykiske lidelser består av. Hovedfunnene i studien pekte på et felles mål å jobbe mot, og at tid, tillit og støtte er viktige elementer i en god relasjon mellom helsepersonell og pasient. Videre ble det å føle seg som likeverdige mennesker i relasjonen pekt på som en faktor av stor betydning. Pasientene opplevde relasjonen bedre dersom helsepersonellet anerkjente dem som mennesker med ulike egenskaper, ikke bare problemer eller arbeidsoppgaver. Resultatene viser også at helsepersonell som enkelte ganger tillater seg å tre ut av sin rolle som profesjonell, bidrar til at relasjonen oppleves mer personlig og gjensidig.

Artikkel 3

Non-helpful relationships with professionals- A Literature review of the perspective of persons with severe mental illness.

Ljungberg et al. (2016) har laget en oppfølgingsstudie til «*The art of helpful relationships with Professionals*» (Ljungberg et al., 2015). Studien har som mål å undersøke faktorer som kan være ødeleggende for relasjonen mellom helsepersonell og pasienter med psykiske lidelser. Studien gir en komplementær kunnskap til hvordan helsepersonell kan bygge gode relasjoner. Helsepersonell som møtte pasientene med mangel på forståelse, eller som behandlet dem som et problem og ikke et menneske, var ødeleggende for relasjonen. Det viste seg også at helsepersonell med utelukkende fokus på sykdom, var hemmende for relasjonen. Etterfulgt fant studien at diskontinuitet og dårlig tid var organisatoriske faktorer som vanskeliggjorde relasjonen. Resultatene viste flere konsekvenser av dårlige relasjoner til helsepersonellet, herunder tillitsbrudd, mangel på motivasjon og ytterligere kommunikasjonsbarrierer.

Artikkel 4

Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients

Lorem og Hem (2012) har gjennomført en kvalitativ studie med mål om å undersøke helsepersonells erfaringer i arbeidet med personer med psykose, og hvilke faktorer som påvirker samarbeidet og deltakelse med pasientene. Resultatene fra studien viste at helsepersonell ofte opplever det utfordrende å forstå pasientenes psykotiske opplevelser. Dette gjør det vanskelig å etablere en relasjon basert på gjensidig forståelse. Helsepersonellet i studien pekte da på å etablere en relasjon på et følelsesmessig nivå, med tid, non-verbal kommunikasjon og empati som helt sentrale elementer.

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere resultatene opp mot eksisterende teori og relevante erfaringer. Diskusjonen er delt i to; resultat- og metodediskusjon. I resultatdiskusjonen har vi drøftet vitenskapelige studier og relevant faglitteratur opp mot hverandre. I metodediskusjonen har vi drøftet våre egne valg i oppgaven.

Mennesket bak lidelsen

I Ljungberg et al. (2015, s. 486) sin studie påpekte pasientene at en viktig faktor som gjorde relasjonen hjelpende og nyttig, var når deres ønsker og behov ble tatt hensyn til. Dette er et interessant funn, da et konsekvent resultat i Harris og Panozzo (2019, s. 109) sin integrative gjennomgang, var en uoverensstemmelse mellom pasient og helsepersonell sine forventninger til behandlingen. Her kom det frem at pasientene var opptatt av egne livsproblemer og verden utenfor. Helsepersonellet prioriterte derimot diagnostiske dimensjoner og medisinske oppgaver. Pasientene i denne studien foretrakk at sykepleierne faktisk var der for dem og la ned tid i å hjelpe dem med problemene utenfor behandlingen (Harris & Panozzo, 2019, s. 109). I en av Hummelvoll sine hjørnesteiner hevdes det at en del av samarbeidet med pasienten bør handle om verdiavklaring, mening og mål. Sykepleier har ansvar for å hjelpe pasienten med å avklare hva som er viktig for han, og pasientens verdier må stå sentralt i videre behandling og sykepleie (Hummelvoll, 2012, s. 41).

Medisinske prioriteringer er en viktig del av behandlingen. Likevel kan det tenkes at dersom pasienten uroer seg over problemer som bolig, jobb eller økonomi, og behandlende helsepersonell har utelukkende fokus på det medisinske, kan det føre til redusert motivasjon hos pasienten. Redusert motivasjon er noe mange mennesker med schizofreni allerede sliter med, nettopp grunnet de negative symptomene (Hummelvoll, 2012, s. 347). Dette bekreftes av Ljungberg et al. sin studie, i tilfeller hvor pasientene opplevde at helsepersonellet hadde eksklusivt søkelys på diagnose, sykdom og symptomer, var dette noe som gjorde relasjonen dårligere (Ljungberg et al., 2016, s. 272). Det kan tenkes at de færreste vil se mening i behandling, dersom helsepersonell og pasienten ikke har felles forståelse og mål for behandlingen. Når helsepersonellet og pasienten har ulike verdier og mål for behandlingen, kan dette også ifølge Røknes og Hanssen (2012, s. 241) vanskeliggjøre kommunikasjonen. Hvordan finner en motivasjon i relasjonen hvis ikke pasient og sykepleier har like mål for relasjonen?

I Ljungberg et al. (2015, s. 487) opplevde pasientene relasjonen bedre dersom pasienten og helsepersonellet ble oppfattet som to likeverdige personer. Dette innebærer at helsepersonell til en viss grad må tre ut av sin rolle som profesjonell. Eksempler på dette kan være å gi litt ekstra tid når det er nødvendig, eller ved at helsepersonellet deler noe personlig. Dette ga pasientene en følelse av at helsepersonellet også fant en verdi i relasjonen. Dette kan sammenlignes med Hummelvoll (2012, s. 42) sin syvende hjørnestein. Der omtaler han at pasientene må være villig til å åpne seg for å kunne få hjelp. Åpenhet vil bidra til en relasjon som i større grad er bygget på gjensidig tillit. Sykepleieren må også være åpen og oppriktig. Eksempelvis ved å innrømme svakheter, usikkerheter og frykt. Dette kan styrke relasjonens kvalitet og gjøre det lettere for pasienten å ytre egne ønsker og følelser.

I Ljungberg et al. (2015, s. 486) opplevde pasienten en bedre relasjon når de ble sett på som et helt menneske, og ikke bare et problem som skulle behandles. Pasientene verdsatte spesielt at deres styrker og positive egenskaper ble anerkjent. Travelbee (1999, s. 187-188) hevder at hvis en skal danne en relasjon må sykepleieren se mennesket i pasienten. Dersom sykepleier har en overfladisk holdning og relasjonen bærer preg av avhumanisering vil det bli vanskelig å danne et menneske-til-menneske-forhold. Når sykepleieren ser pasienten som et individ vil identitetene tre frem, og relasjonen kan utvikles videre. Dette støttes av Hummelvoll (2012, s. 39) da han benevner det i sin første hjørnestein. Der hevder han at likeverdighet er selve ledetråden i sykepleier-pasient-fellesskapet. En kan ikke realisere et likeverdig forhold uten å jobbe frem en gjensidig respekt for hverandre. Pasientene i Ljungberg et al. (2016, s. 272) sin studie trakk frem at det var ødeleggende for relasjonen når helsepersonell behandlet dem som et problem eller en sak, og ikke tok hensyn til dem som mennesker. Det kan være interessant å reflektere rundt hvorvidt ens erfaring som helsepersonell virker inn på sykepleierens holdninger. På den ene siden kan det tenkes at en nyutdannet sykepleier har for lite erfaring og kunnskap om dette. Samtidig kan det tenkes at sykepleiere som har jobbet i feltet over lang tid glemmer å reflektere rundt egne holdninger og handlinger.

Sykepleier sitt ansvar i relasjonsbygging

Tillit er nøkkelen til en god relasjon. For å oppnå tillit til et annet menneske, må helsepersonellet opptre pålitelig, autentisk, tilstedeværende og ha et oppriktig ønske om å hjelpe. Helsepersonell som jobber innenfor psykiatri, må utvikle sine ferdigheter for å fremme tillit (Townsend & Morgan, 2017, s. 126-127). I Ljungberg et al. (2015, s. 483) sin studie står

tillit sentralt for å etablere en god relasjon. Det understrekes at en tillitsfull relasjon tar tid å utvikle, og dermed kan det være en fordel om sykepleieren kjenner pasienten godt. Dette kan også ses i lys av det egostyrkende sykepleieprinsippet kontinuitet og regelmessighet.

Mennesker med schizofreni har ofte en uttalt mistillit til verden rundt seg. Sykepleier må være tålmodig, holde avtaler og stille opp jevnlig (Strand, 1990, s. 78). Hummelvoll (2012, s. 355) fremhever at tillit og tro på pasienten er en avgjørende holdning for relasjonen med pasienter i psykose. Dårlige relasjoner i tidligere møter med helsevesenet førte til at flere pasienter i studien til Ljungberg et al. (2016, s. 274) opplevde å miste tillit til helsepersonell.

Konsekvenser av mistillit var at pasientene ble passive i relasjonen og distanserte seg fra sykepleieren. Uten tillit ble det vanskelig for pasientene å åpne seg og prate om sine følelser og tanker.

Målet i sykepleie er å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og opplevelsen av kontakt og gjensidig forståelse (Travelbee, 1999, s. 211). I resultatene fra studien til Ljungberg et al. (2016, s. 268) kommer det frem at mangel på forståelse fra helsepersonellet var en faktor som hadde negative utslag for relasjonen. Når pasientene ikke ble forstått, opplevde de det vanskeligere å snakke om sine problemer og følelser. I Lorem og Hem (2012, s. 116) sin studie, forklarte helsepersonellet at de ofte opplevde det vanskelig å forstå pasientenes psykotiske opplevelser. Dette bidro til å gjøre det vanskelig for dem å etablere en relasjon basert på forståelse. I følge Skårderud et al. (2018, s. 125) har psykotiske mennesker redusert evne til å mentalisere, noe som vanskeliggjør forståelse av seg selv og andre. På den måten kan det tenkes at gjensidig forståelse mellom helsepersonell og pasient kan være en utfordring i seg selv. Hummelvoll (2012, s. 422) peker på at empati kan bidra til å styrke forståelsen, ettersom empati bidrar til å oppfatte andres subjektive verden. I Lorem og Hem (2012, s. 117) sin studie blir også empati trukket frem som en viktig evne for å kunne etablere en relasjon på et følelsesmessig nivå. Ut fra dette kan det tenkes at selv om det kan være utfordrende for helsepersonell å forstå pasientenes psykotiske opplevelser, kan man med en empatisk holdning få en bedre forståelse av pasientens følelser.

I Ljungberg et al. (2015, s. 485) hevder de at pasienten føler seg trygg når helsepersonellet var støttende i vanskelige tider. Pasientene vurderte relasjonen bedre dersom helsepersonellet støttet dem når det gjaldt praktiske oppgaver. Dette samsvarer med Liv Strand sine egostyrkende sykepleieprinsipper hvor samhandling om praktiske gjøremål blir fremhevet. Her hevdes det at en oversiktlig, avgrenset og praktisk aktivitet kan hjelpe mennesker med

psykose til indre samling (Strand, 1990, s. 113). Videre i Ljungberg et al. (2015, s. 485) hevdes det at støtte og hjelp til å formidle håp, også assosieres med bedre relasjon. Formidling av håp er et sentralt tema i Hummelvoll (2012, s. 43) sin niende hjørnestein. Her understrekes det at man må få tak i pasientens håp og ønsker for å kunne bli enig om hvilke mål det skal jobbes mot. Det understrekes her at sykepleier må opptre med en realistisk og optimistisk holdning.

Harris og Panozzo (2019) undersøkte i sin studie hvilken innvirkning personlige faktorer hadde på relasjonen mellom pasienten og helsepersonellet. Det klareste funnet her var, jo flere symptomer pasienten hadde, desto dårligere vurderte helsepersonellet relasjonen (Harris & Panozzo, 2019, s. 107). Ved schizofreni kan vi skille mellom negative og positive symptomer. Positive symptomer er det som kommer i tillegg til «det normale» og er observerbart for andre. Eksempler på positive symptomer er vrangforestillinger, storhetsideer, mistenksomhet og hallusinasjoner (Snoek & Engedal, 2017, s. 86). Negative symptomer er derimot fravær av noe som bør være til stede. Det kan være mangel på motivasjon, tap av interesse og konsentrasjonssvikt (Hummelvoll, 2012, s. 347). Det kan tenkes at slike symptomer absolutt bidrar til å gjøre det vanskeligere for sykepleier å etablere en relasjon til pasienten. Dermed vil det trolig være ekstra viktig for sykepleiere å tenke over hvilke holdninger de har ovenfor pasientene.

Betydningen av tid i etablering av relasjoner

Pasientene i Ljungberg et al. (2015, s. 483) verdsatte å være sammen og tilbringe tid med helsepersonellet. Herunder ble det å prate om hverdagslige emner, ikke bare sykdom og vonde følelser, sett på som styrkende for relasjonen. Dette støtter Lorem og Hem (2012, s. 117) sine funn, hvor helsepersonellet opplevde dypere kjennskap til pasientene ved å tilbringe mer tid med dem. Ut fra egne erfaringer har vi sett at et hinder for samtaler, samhandling og støtte kan være tiden man har tilgjengelig. I studien til Ljungberg et al. (2016, s. 273) ble dårlig tid sett på som ødeleggende for relasjonen. Pasientene synes det var vanskelig når personalet ikke tok seg tid til å prate med dem, og når personalet indikerte at de hadde dårlig tid gjennom en stressende holdning eller atferd. Dette førte igjen til at de ikke tok seg tid til å svare på spørsmål pasientene stilte. Dårlig tid bidro til en følelse av at personalets tid var viktigere enn pasientens behov (Ljungberg et al., 2016, s. 273). I slike tilfeller er det ekstra viktig at sykepleier er bevisst non-verbale signaler overfor pasienten. Eksempelvis kan det å sette seg

ned med pasienten og være til stede i noen minutter, versus å stå, trolig ha stor betydning for hvordan pasienten oppfatter situasjonen.

I Lorem og Hem (2012, s. 117) forklarte helsepersonellet hvordan tid med pasienten førte til dypere kjennskap om pasientens interesser, bakgrunn og karakter. Over tid hjalp dette helsepersonellet å se sammenhenger i situasjoner hvor kommunikasjonen opplevdes vanskelig å forstå. Her understrekes kontinuitet og samhandling med samme pasient over tid som viktig for å bli godt kjent med pasienten. Liv Strand peker på kontinuitet og regelmessighet som selve rammen for at relasjonen mellom sykepleier og pasient kan etableres og utvikles (Strand, 1990, s. 78). Motsatt kan diskontinuitet være kjennetegn på at oppfølgingen blir oppstykket og problematisk, noe som trekkes frem i Ljungberg et al. (2016, s. 273) sin studie. Pasientene fortalte hvordan de opplevde det vanskelig å måtte fortelle om sine vonde historier gjentakende ganger til nye mennesker. Strand (1990, s. 78) hevder at personer med schizofreni ofte har vokst opp med manglende kontinuitet, og dermed kan denne pasientgruppen ofte opptre lukket. Sykepleier må tilby jevnlig kontakt og regelmessighet, og være tålmodig til tross for at det ofte tar lang tid før pasienten viser tegn til at en har nådd inn.

Kommunikasjon og samhandling

Kommunikasjonen med mennesker med schizofreni kan være utfordrende. Det kan være vanskelig for andre å forstå dem. Et eksempel kan være at schizofrene mennesker ofte tror mottakeren vet hva de tenker, og unngår da å fullføre tankerekker og setninger. Et annet eksempel kan være at pasientene ofte er opphengt i små detaljer som kan være irrelevante i forhold til situasjon. Et tredje kan være å bruke ord som bare gir mening for pasienten selv (Hummelvoll, 2012, s. 350). Helsepersonellet i Lorem og Hem (2012, s. 116) sin studie understreket viktigheten av å ikke late som en forstår pasienten dersom en ikke gjorde det. Dette støttes av Hummelvoll (2012, s. 363) som mener at en del av det tillitsskapende arbeidet handler om å hjelpe pasienten til å gjenopprette tillit og språket til andre mennesker. I stedet for å late som en forstår, kan en heller be om en detaljert forklaring, eller formulere det en tror pasienten mener, og deretter få en bekreftelse eller avkreftelse. Det kan tenkes at å late som en forstår uten å gjøre det, vil skape en større avstand mellom pasient og sykepleier.

Pasientene distanserte seg fra sykepleieren når relasjonen mellom de var dårlig, dette hindret samspill og kommunikasjon (Ljungberg et al., 2016, s. 274). Sykepleieren må benytte seg av ulike kommunikasjonsferdigheter og teknikker for å samhandle på en god måte med pasienten

(Håkonsen, 1999, s. 94). Kommunikasjon med pasienter med schizofreni kan være særlig utfordrende, da de ofte opptrer mistenksomme, og symptomene kan vanskeliggjøre den verbale kommunikasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 355). Resultater i Lorem og Hem (2012, s. 117) sin studie indikerte at dersom en mislykkes i å etablere en relasjon basert på forståelse, kan en forsøke å oppnå en relasjon på et følelsesmessig plan. Deltakerne i studien mente at non-verbal kommunikasjon og kontakt som oppleves autentisk og personlig, var helt sentralt for at pasientene opplevde tillit til personalet, noe som igjen ga utgangspunkt for videre relasjon. Nonverbale uttryksformer kan gi uttrykk for våre reaksjoner, og våre reaksjoner kan være mer eller mindre ubevisste. Uttrykk som smil, et utålmodig kremt eller en bekymret rynke kan formidle et budskap til mottakeren (Eide & Eide, 2017, s. 135). Peleikis og Felldal (2017, s. 152-153) opplyser at mennesker med schizofreni har en stor følsomhet overfor non-verbal kommunikasjon. Pasientene er ofte svært oppmerksomme, og fanger opp små signaler. Dette kan ofte mistolkes, og dermed må en som helsepersonell opptre gjennomtenkt.

Studien til Harris og Panozzo (2019, s. 109) benyttet seg av opplæringsprogrammer i kommunikasjon for helsepersonell for å undersøke om dette bidro til en bedret relasjon. Travelbee (1999, s. 153) skriver om kommunikasjonsteknikker som en metode for å nå mål. Dette innebærer både verbal og non-verbale uttryksformer. Harris og Panozzo (2019, s. 109) viste at både helsepersonell og pasienter rangerte relasjon bedre etter gjennomført kommunikasjonsopplæringsprogram. Bruk av ulike kommunikasjonsteknikker forutsetter at sykepleier har kunnskaper og evner å ta i bruk disse for å nå målet (Travelbee, 1999, s. 154). Da vi selv var i praksis, erfarte vi at fokus på egen kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt, samt det å vise en tålmodig holdning, så ut til å gjøre kommunikasjonen mer forståelig for pasientene. Disse resultatene kan peke på at dersom sykepleiere jevnlig reflekterer rundt- og er bevisst egen kommunikasjon, kan det bidra til en positiv virkning på relasjonen.

5.2 Metodediskusjon

I denne litteraturstudien ønsket vi å undersøke hvordan sykepleiere kan etablere en god relasjon til voksne mennesker som lider av schizofreni. Vi har inkludert fire studier, en kvalitativ studie, en integrativ gjennomgang og to oversiktsartikler. I følge Thidemann (2015, s. 71) er den beste typen sekundærlitteratur systematiske oversikter, da disse analyserer alle relevante studier. I oversiktsartikler analyseres derimot et utvalgt antall studier innenfor et område. Sammenstilling av resultater fra mange studier gir altså bedre grunnlag for å fastslå

konklusjoner. I utgangspunktet ønsket vi ikke å inkludere oversiktsartikler, men grunnet begrenset forskningslitteratur på området har vi likevel valgt å ta dette med i vår oppgave.

Det må påpekes som en svakhet i vår litteraturstudie at vi ikke har utarbeidet en syntese. En syntese bidrar til å gi en bedre oversikt over hva som skal diskuteres i diskusjonsdelen. Grunnet store ulikheter i studienes fokusområder, opplevde vi det mer oversiktlig å presentere artiklene hver for seg. I oppgaven har vi heller ikke brukt problemformulering. Dette har vi gjort da vår problemstilling utfyller både pico og presise søk i databaser.

Gjennom systematisk litteratursøk i ulike databaser har vi sett at det fortsatt mangler forskning på området, spesielt forskning som har et sykepleieperspektiv. Dette har medført at de studiene vi har valgt, er av ulik art. Vi har blant annet valgt å ikke ekskludere studier som retter fokuset mot terapeuter og andre yrkesutøvere i psykisk helsevesen. Dette må påpekes som en svakhet i vår metode, da terapeuter har annen fagkunnskap og samhandler med pasienter i ulike situasjoner enn sykepleiere. Vi velger likevel å tro at mange av disse mellommenneskelige ferdighetene kan overføres til sykepleieryrket.

For å kunne spisse problemstillingen og gjeldende populasjon, ønsket vi å benytte oss av flere definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved slike kriterier kan resultatene lettere overføres til praksis. Et av våre inklusjonskriterier var at det skulle være en pasientpopulasjon som var diagnostisert med schizofreni. Vi har til tross for dette valgt å inkludere studier som studerer populasjoner med et bredt spekter av psykiske lidelser, herunder psykoser og schizofreni. Dette har vi gjort ettersom vi har sett at det er begrenset med forskning på området. Vi anser også studiene som relevante for vår problemstilling. Det må likevel tas høyde for at psykiske lidelser arter seg ulikt, dette kan ha påvirket overføringsverdien i våre resultater. Ettersom fagområdet stadig er i utvikling, ønsket vi ikke studier eldre enn 2015. Et annet ønsket inklusjonskriterie var at pasientene skulle være innlagt i institusjon med diagnosen paranoid schizofreni og i alderen 18-30 år. Underveis i søkeprosessen erfarte vi at det var nødvendig å fjerne noen av kriteriene vi hadde satt, da det ikke samsvarte med litteraturen. Dette kan naturligvis ha bidratt til å påvirke våre resultater. Litteraturstudiet inkluderer mennesker med schizofreni fra 18 år og oppover. Det er et stort alderssprik, og det kan tenkes at sykdommen oppleves forskjellig fra personer som nylig har hatt sin første psykoseepisode i forhold til personer som har levd med sykdommen i årevis. En som nylig har fått diagnosen trenger trolig ulik oppfølging enn en som har hatt den i flere år.

I Norge behandles rundt 10 000 mennesker til enhver tid for schizofreni (Norsk Helseinformatikk, 2020). Det er overaskende at det ikke er forsket mer på relasjoner til denne pasientgruppen, da det viser seg at en god relasjon mellom pasient og sykepleier har et positivt utfall for behandlingen (Hewitt & Coffey, 2005). Denne litteraturstudien peker på at det trengs forskning som kan gi sykepleiere solid grunnlag for å utvikle en god relasjon til mennesker med schizofreni. Individuelle faktorer spiller også en vesentlig rolle i forhold til etablering av gode relasjoner. For å sikre god overføringsverdi til praksis, bør videre forskning undersøke en mer homogen populasjon. Herunder begrensninger i forhold til arena, alder, sykdomsforløp og diagnose. Det vil dermed være nyttig med tydelige retningslinjer, slik at sykepleier kan oppnå best mulig samhandling med pasientgruppen.

5.3 Kritisk vurdering

Kildekritikk vil si å både karakterisere og vurdere litteraturen som er funnet. Det må kunne gjøres rede for hvilke kriterier det er tatt utgangspunkt i ved valg av litteratur. Med andre ord betyr det at vi må vurdere i hvilken grad litteraturen egner seg til å besvare og belyse vår problemstilling (Dalland, 2017, s. 158). For å vurdere studiene sin kvalitet og pålitelighet, har vi benyttet oss av validerte sjekklister fra helsebiblioteket (Folkehelseinstituttet, 2016c). De er laget som et hjelpemiddel, for å kunne gjøre kritiske vurderinger av vitenskapelige studier (Thidemann, 2015, s. 91). Vi benyttet oss av sjekklister tilpasset det aktuelle studiedesignet (Vedlegg 4). I samleskjema (Vedlegg 5) har vi listet opp de ulike studienes resultater og funn, og hvilken relevans de har for vår oppgave. I styrkeskjema (Vedlegg 6) har vi kommentert studienes styrker og svakheter.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å tilegne oss dypere kunnskap og forståelse om hvordan sykepleiere kan etablere en god relasjon til mennesker som lider av schizofreni. Vår grunnleggende antagelse før vi begynte på oppgaven, var at kvaliteten på relasjonen mellom pasienter med denne typen diagnose og sykepleier, er av avgjørende betydning for kvaliteten på behandlingen. Oppsummert kan vi fastslå at litteratur og forskning peker på ulike aspekter ved relasjonen det må fokuseres på for å kunne etablere – og vedlikeholde en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Særlig trekkes fokusområdene tillit, tid, empati, kommunikasjon og likeverdighet frem. Tillit blir trukket frem som et sentralt element i en god relasjon. Å tilbringe tid med pasienten gir grunnlag for dypere kjennskap, samt økt tillit i relasjonen. Sykepleier må jobbe for å forstå pasienten sin indre verden gjennom en empatisk holdning. I samhandling med pasientene må sykepleier være bevisst over egen kommunikasjon, både non-verbalt og verbalt. Det er av stor betydning at pasient og sykepleier blir sett på som to likeverdige mennesker. Dette kan gi pasienten en følelse av at sykepleieren også finner verdi i relasjonen. Vi må jevnlig reflektere rundt egne handlinger og holdninger i møte med mennesker som lider av schizofreni. De nevnte fokusområdene tillit, tid, empati, kommunikasjon og likeverdighet, vil bidra til å etablere en god relasjon mellom mennesker med schizofreni og sykepleier.

Litteraturliste

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2016a). *Forskningsmetode* Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>
- Folkehelseinstituttet. (2016b). *PICO*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Folkehelseinstituttet. (2016c). *Sjekklist*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg. utg.). Natur & kultur.
- Gonzalez, M. T. (2020). *Psykiske lidelser- Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Gyldendal.
- Guldvog, B. (2013). *Nasjonal faglig retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Helsedirektoratet.
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Harris, B. A. & Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 104-111.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
- Helsebiblioteket. (u.å). *Vedlegg 3: Ordliste med forklaring* helsebiblioteket.no.
https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/_attachment/249317?_ts=1552af4e162
- Helsepersonelloven. (2000). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

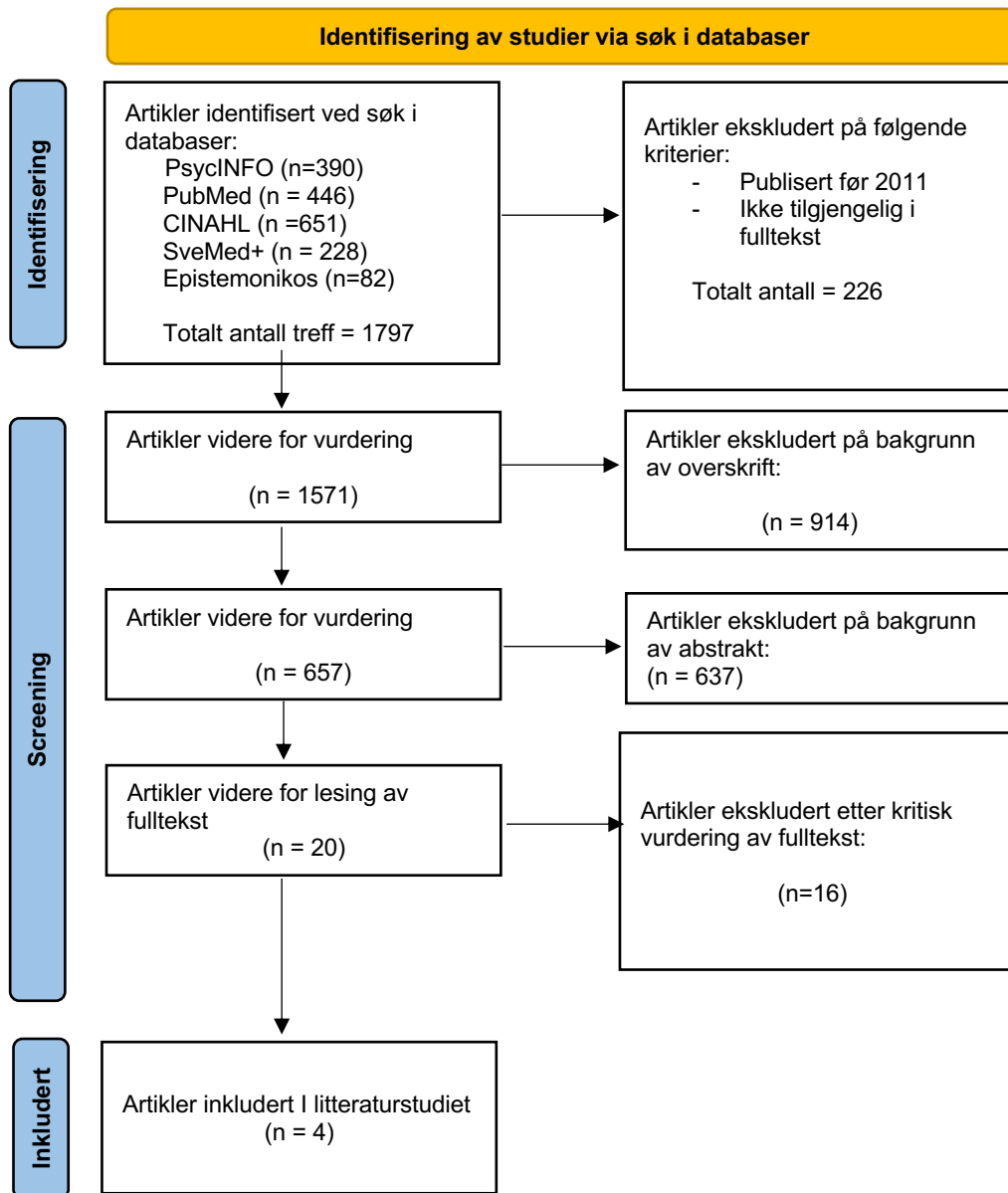
- Hewitt, J. & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: Literature review. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 561-570.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03623.x>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal.
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å). *Søk etter fagressursar*. <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjukepleie>
- Håkonsen, K. M. (1999). *Mestring og relasjon: Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.
- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric quarterly*, 86(4), 471-495.
- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals– a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 25(3), 267-277.
- Lorem, G. F. & Hem, M. H. (2012). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *International journal of mental health nursing*, 21(2), 114-122.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (ISBN: 978-82-8082-353-3). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Møller, P. (2018). *Schizofreni- En forstyrrelse av selvet : Forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Universitetsforlaget.
- Norsk Helseinformatikk. (2020). *Schizofreni, en oversikt* <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/?hp=true>
- Norsk Sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer* nsf.no.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C. & Mulrow, C. D. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

- Peleikis, D. E. & Felldal, S. C. (2017). *Schizofreni: Til å leve med*. Gyldendal akademisk.
- Røknes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller briste* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Gyldendal.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Cappellen Damm.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring, og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Gyldendal.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg.). Cappellen Damm.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Townsend, M. C. & Morgan, K. I. (2017). *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (7. utg.). F.A. Davis Company.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Universitetsforlaget
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal.

Vedlegg 1: PICO-skjema

Tittel/arbeidstittel: Schizofreni og relasjonsbygging: En diskusjon om hva som fremmer og hemmer en relasjon			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål: Hvordan sykepleiere etablere en god relasjon til voksne med schizofreni			
Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet: Voksne mennesker (over 18 år) med diagnosen schizofreni, som behandles i psykisk helsevesen.	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): Samhandling med sykepleiere Kommunikasjon Interaksjon Sykepleiere Helsepersonell	C Skal tiltaket sammenlignes med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket: Nei	O Beskriv hvilke(t) utfall du vil oppnå eller unngå: En god relasjon mellom pasienten og sykepleier, med positive utfall for pasientens lidelse.
P Noter engelske søkeord for pasientgruppe/ problem: Schizophrenia (Mesh) Psychosis (Mesh) Psychotic Mental Disorders (Mesh) Mental Illness Psychotic Disorders (Mesh)	I Noter engelske søkeord for intervensjon/ eksposisjon Communication (Mesh) Communicating Interaction Interaction, Social (Mesh) Health Care Professionals Nurs* Nurses	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall Nurse-patient-relations (Mesh) Helpful Relations Helping Alliance Helpful Relationships Therapeutic Alliance (Mesh) Therapeutic Processes (Mesh)

Vedlegg 2: Flowdiagram



PRISMA flytskjema (Page et al., 2020)

Vedlegg 3: Søkehistorikk

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
<p>Harris, B. A. & Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 33(1), 104-111.</p> <p>Artikkel nr. 1</p>			
PsycINFO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schizophrenia 2. Psychosis 3. Nurs* 4. Therapeutic Alliance 5. Therapeutic Processes 6. Communication 	<ol style="list-style-type: none"> 1. OR 2. AND 3 AND 4 OR 5 AND 6 <p>Antall treff</p>	4
<p>Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. <i>Psychiatric quarterly</i>, 86(4), 471-495.</p> <p>Artikkel nr. 6</p>			
PsycINFO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mental Illness 2. Mental Disorders 3. Psychosis 4. Schizophrenia 5. Helpful relationships 	<ol style="list-style-type: none"> 1 OR 2 OR 3 OR 4 AND 5 <p>Antall treff</p>	13
<p>Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals—a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. <i>Journal of Mental Health</i>, 25(3), 267-277.</p> <p>Artikkel nr. 2</p>			
CINAHL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mental Disorders 2. Mental Illness 3. Psychosis 4. Psychotic Disorders 5. Schizophrenia 6. Helpful Relations 	<ol style="list-style-type: none"> 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 AND 6 OR 7 OR 8 <p>Antall treff</p>	20

	7. Helping Alliance 8. Helpful Relationships		
<p>Lorem, G. F. & Hem, M. H. (2012). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. <i>International journal of mental health nursing</i>, 21(2), 114-122.</p> <p>Artikkel nr. 8</p>			
CINAHL	1. Psychotic 2. Psychosis 3. Schizophrenia 4. Nurs* 5. Health Care Professionals 6. Communication 7. Communicating	1 OR 2 OR 3 AND 4 OR 5 AND 6 OR 7 Antall treff Avgrensning siste 10 år (2011-2021)	93 47

Vedlegg 4: Kritisk vurdering av kvalitativ artikkel

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Lorem, G. F., & Hem, M. H. (2012). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 114-122.

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Studiens hensikt var å undersøke erfaringer fra helsearbeidere som jobber med psykotiske mennesker, og hvordan mangel på sykdomsinnsikt påvirker helsearbeidernes eget perspektiv og involvering. De ville undersøke dette ettersom at mangel på innsikt gir problemer med kommunikasjonen, og hvis man da forventer at det personen sier og gjør ikke har noen mening, vil det bli vanskelig å etablere en relasjon basert på forståelse.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien beskriver erfaringer og opplevelser, dermed egner kvalitativ metode seg.

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Studien baseres på dybdeintervjuer med 11 psykiatriske klinikere. Studiedesignet er basert på narrative/fortellende metoder som bruker erfaringer som utgangspunkt i undersøkelsen. Forskerne begrunner dette med at fortellende metoder egner seg for å undersøke hvordan kunnskap formes i hverdagen gjennom historiefortelling, og fortellinger blir også oppfattet som et nyttig verktøy for å formidle praktisk kunnskap og erfaring. En svakhet er at forskerne ikke har beskrevet hvordan de bestemte seg for metode.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder og sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Vi vurderer utvelgelsesstrategien som hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.

Utvelgelsesprosessen for helsepersonell gjorde at det ble inkludert en rekke perspektiver og opplevelser. Deltakerne hadde lang erfaring med å jobbe med voksne med psykose, og de hadde ulik bakgrunn som helsepersonell. En svakhet her er at det ikke er blitt gjort rede for utvalgsstrategi, og utvalget er heller ikke diskutert i forhold til kjønn, eller alder.

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Setting for datasamling ble begrunnet med at det ga en rekke erfaringer fra ulike institusjoner og helsepersonell. I metoddelen forklarer forskerne at de har dybdeintervjuet 11 helsepersonell, som de begrunner med at gir et bredt spekter av helsepersonells erfaringer. De har beskrevet datainnsamling, blant annet ved at den første forfatteren gjennomførte intervjuene i 2007, og en intervjuguide ble brukt for å sikre at intervjuene fokuserte på hovedspørsmålene i studien. Forskerne har brukt notater som dataenes form, men dette kommer noe uklart frem i teksten. En svakhet er at forskerne ikke har diskutert metning av data.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

En svakhet i artikkelen er at forskerne har ikke vurdert eller diskutert egen rolle eller andre bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data. De har heller ikke skrevet om endringer som er gjort underveis i studien.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Deltakelse i studien var basert på skriftlig, informert samtykke. Forskerne har diskutert etiske problemstillinger, eksempelvis at intervjuer basert på arbeidserfaringer kan involvere problematiske aspekter som kan medføre problemer for arbeidsgivere og kolleger. Dermed har forskerne vært opptatt av å holde alle beskrivelser anonyme for å unngå identifisering. De har også valgt å ikke publisere historier forskerne mente var for detaljert. Studien godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og er gjennomført i samsvar med Helsinkierklæringen.

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – **Nei** – **Uklart**

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

Kommentar:

I artikkelens metodedel blir analysemetoden tydelig presentert i trinn for trinn. I denne studien har det blitt utført en temaanalyse ved hjelp av analyseprogramvare. De gjør i metodedelen rede for hvordan de har lest dataene, hvordan de har etablert overordnede temaer og sammenlignet data med annen litteratur og forskning. Det er også sammenheng mellom data og inndelte kategorier.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – **Nei** – **Uklart**

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene presenterer tre viktige holdninger til forståelsen av psykose. Forskerne har sammenlignet resultatene eksternt og internt med annen litteratur og forskning. I diskusjonsdelen har de diskutert resultatene opp mot annen litteratur og forskning. Funnene er også diskutert fra flere synsvinkler og opp mot opprinnelig problemstilling. En svakhet er imidlertid at forskerne ikke har diskutert funnenes troverdighet.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Funnene vurderes som nyttig ettersom at de peker på at videre forskning bør intervjuer mennesker som faktisk erfarer psykose. Forskerne har også kommentert hvordan resultatene kan implementeres til praksis. De har videre vurdert resultatene opp mot eksisterende litteratur og praksis, men dette i noe mindre grad. Forskerne har ikke diskutert i hvilken grad funnene kan overføres til en annen populasjon.

Vedlegg 5: Samleskjema

Metode					Resultater		
Artikkel nr.	Årstall	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
1 Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies for the schizophrenia population: An integrative review.	2019	Integrativ gjennomgang	Inkluderer 15 fagfellevurderte studier, som er skrevet på engelsk og publisert i løpet av årene 2006-2017. Studiene har fokus på kommunikasjon og terapeutisk relasjon mellom profesjonelt helsepersonell og pasienter med schizofreni eller psykose. Inkluderer personer i alderen 18-65.	Hensikten med studien var å undersøke hvilke faktorer som påvirket relasjonen mellom sykepleier og pasienter med schizofreni i psykiatriske behandlingsinstitusjoner. Dette for å kunne gi veiledning til psykiatriske sykepleiere.	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientens psykiske lidelses art, var av stor betydning for hvordan helsepersonellet vurderte relasjonen. Her fant studien at økt innsikt hos pasienten førte til bedre vurderinger av relasjonen hos helsepersonell - Desto flere symptomer og diagnoser hos pasienten, desto mer påvirket ble helsepersonells vurdering av relasjonen negativt. - Studien fant at pasientene sitt fokus handlet om livsproblemer, som bolig og jobb, mens helsepersonellet fokuserte på medisinske mål og sykdom. - Det ble funnet bevis på at opplæringsprogrammer i kommunikasjon for helsepersonell førte til høyere vurdering av 	Det er viktig at sykepleiere fokuserer på terapeutiske fordeler i relasjonen til denne pasientgruppen. Terapeutisk relasjon i sykepleie har historisk vært viktig, men blir nå utfordret av økningen av farmakologiske inngrep og andre systemer i helsevesenet, noe som potensielt etterlater pasienter uten optimal pleie. Denne gjennomgangen av litteraturen representerer et første trinn i et studieprogram for å trekke oppmerksomheten tilbake til fordelene med terapeutiske relasjoner for denne pasientgruppen, og for å gi ressurser for utøvere og lærere for å maksimere potensialet i den terapeutiske relasjonen.	Studien er relevant for vår litteraturstudie fordi undersøker hvilke faktorer som påvirker relasjonen mellom helsepersonell og pasienter. Studien inkluderer både kvalitativ og kvantitativ forskning, hvor både helsepersonell og pasienter har gitt uttrykk for sine perspektiver.

					relasjonen både for pasienter og helsepersonell.		
2	2015	Oversiktsartikkel Inkluderer metaetnografi	Studien inkluderer 21 fagfelleverderte kvalitative studier. Deltakerne var over 18 år, diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse. Minst 50% av populasjonen hadde diagnosen schizofreni, psykose, personlighetsforstyrrelser, bipolar lidelse eller alvorlig depresjon.	Målet var å få en bedre forståelse av hva gode relasjoner til helsepersonell består av, sett fra personer med psykiske lidelser sitt perspektiv.	Studien har delt inn resultatene i 10 punkter som er av avgjørende betydning for å etablere en god relasjon mellom helsepersonell og pasienten. <ul style="list-style-type: none"> - Å kjenne helsepersonell og ha tillit til dem - At helsepersonellet har tid og er tilgjengelig - At helsepersonell opptrer støttende - Helsepersonellet kan være noen pasientene kan snakke med og være sammen med - Helsepersonellet og pasienten må jobbe sammen mot et felles mål - Pasienten verdsetter å bli sett som et helt menneske, med styrker og egenskaper anerkjent - Pasienten betyr noe for helsepersonellet - Helsepersonellet kan tre ut av rollen som profesjonell - Likeverdighet og delt menneskelighet. 	Funnene i denne studien viser at relasjonen mellom helsepersonell og personer med alvorlig psykiske lidelser innen ulike helsetjenester, bør anerkjennes som en relasjon mellom en tjenestebruker og tjenesteleverandør, men også som en relasjon mellom to mennesker. Komponentene i relasjonen finnes både innenfor og utenfor tradisjonell profesjonalitets ansvarsområde. Funnene understreker at preferanser, behov, meninger og ønsker til personer med alvorlig psykiske lidelser er sentralt for å forstå hva gode relasjoner til helsepersonell består av.	Studien er relevant for vår litteraturstudie fordi den beskriver aspekter som bidrar til å etablere gode relasjoner mellom helsepersonell og personer med psykiske lidelser. Sett fra personer med psykiske lidelser sitt perspektiv.

<p>3</p> <p>Non-helpful relationships with professionals- a literature review of the perspective of persons with severe mental illness</p>	<p>2016</p>	<p>Oversiktsartikkel</p> <p>Kvalitative studier analysert gjennom temaanalyse.</p>	<p>Studien inkluderer 17 engelskspråklige, fagfellevurderte studier som er publisert mellom 2003-2012. De inkluderte personer over 18 år som hadde en alvorlig psykisk lidelse, schizofreni, psykose, personlighetsforstyrrelser, bipolar lidelse eller alvorlig depresjon. Studiene inkluderte til sammen 475 personer, hvor 231 var kvinner og 244 var menn.</p>	<p>Målet med studien var å finne kvalitativ forskning som tar for seg hva som gir dårlige relasjoner med pasienter med alvorlig psykiske lidelser.</p>	<p>Studien fant at helsepersonell som møtte pasientene med lite forståelse, at pasientene ble behandlet som et problem og ikke et menneske og paternalistiske helsepersonell. Faktorer knyttet til konteksten helsepersonell jobbet i var diskontinuitet, dårlig tid, manglende informasjon og tvang. Konsekvensene av dårlige relasjoner var at pasientene mistet tillit til helsepersonellet, ble passive i relasjonen og fikk pasientene til å miste selvrespekt.</p>	<p>Resultatene av studien viser at dårlige relasjoner til helsepersonell kan forstås som upersonlige relasjoner. Delene av unyttige relasjoner ligger i holdninger og oppførsel til helsepersonell, men også i organisatoriske faktorer rundt forholdet. Organisasjoner med en rutiner og regelstyrt tilnærming har en risiko for å gjøre det utfordrende for helsepersonell å være hjelpende, ettersom at rammer og mål for organisasjonsregler og rutiner ikke nødvendigvis samsvarer med individets behov.</p>	<p>Studien handler om hva forårsaker dårlige relasjoner som er lite hjelpsomme for pasienten. For å si noe om hva som er gode relasjoner må en også kunne si noe om hva som er dårlige. Dette vil gi oss perspektiv fra to sider. Derfor ser vi denne studien som relevant for vår oppgave.</p>
<p>4</p> <p>Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients</p>	<p>2012</p>	<p>Kvalitativ studie som bruker dybdeintervju. Fortellende metoder.</p>	<p>11 psykiatriske helsearbeidere ble intervjuet. Helsepersonell var av et bredt spekter (sykepleiere, psykiatere og psykologer). Alle hadde erfaringer ved en rekke forskjellige institusjoner på tre forskjellige</p>	<p>Målet med studien var å undersøke helsepersonell sine erfaringer i arbeidet med personer med psykose og hvilke faktorer som påvirker samarbeidet og deltakelse med pasientene.</p>	<p>Studiens resultater fant at helsepersonell opplevde det vanskelig å forstå pasientenes psykotiske opplevelser. Likevel mente de at det var mulig å etablere en relasjon på et følelsesmessig nivå, dette kan man etablere blant annet gjennom non-verbal kommunikasjon og empati. Videre vektla de å tilbringe tid med pasienten for å bli kjent og lettere forstå pasientene.</p>	<p>Denne studien ser på en gruppe helsepersonell som anstrenger seg for å gå utover en symptomatisk tolkning av en persons påvirkning ved å prøve å etablere en relasjon basert på forståelse, som tar hensyn til egne erfaringer og oppfatninger av egen situasjon. Dette tester våre grenser på hva vi kan forstå.</p>	<p>Vurderer denne studien relevant for vår oppgave da det er en norsk studie fra Tromsø, som handler om hvordan vi kan forstå psykotiske mennesker og etablere en relasjon til dem. Studien blir sett på fra helsepersonell sitt perspektiv.</p>

			steder i Norge. Arbeidsplassene inkluderte akutte avdelinger, poliklinikker, hjemmetjeneste, rehabilitering og sykehus.				
--	--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 6: Strykeskjema

Studie	Styrker	Svakheter
<p>1</p> <p>Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies- for the schizophrenia population: An integrative review.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Studiens formål er tydelig formulert - Inkluderer fagfelleverderte studier - Inkluderer ulike studier fra 11 land, med hovedvekt av studier fra Nederland og Storbritannia, vi vurderer dette som en styrke for vår oppgave da dette er europeiske land, og dermed har relativt likt helsevesen som Norge. - De har gjennomført en integrativ gjennomgang da det gir mulighet for inkludering av kvalitativ og kvantitativ data - Gjør rede for søkeord og søkekombinasjoner de har brukt. - Gir forslag til videre forskning. 	<ul style="list-style-type: none"> - De ønsket å undersøke hvilke faktorer som påvirker relasjonen mellom sykepleiere og pasienter med schizofreni. Grunnet mangel på forskning inkluderte de helsepersonell i et bredt spekter av roller, og pasientene bestod ikke av 100% psykose- eller schizofrenidiagnose. Dette kan begrense overførbarheten til praksis. - Benevner ikke om det har blitt søkt etter ikke-publiserte studier. - Det var store variasjoner de ulike studienes instrumenter som ble brukt for å vurdere relasjonen - En rekke land og kliniske omgivelser er representert i studien, det er ikke gjort noen vurdering om kulturelle faktorer har hatt innflytelse på funnene. - Det er ikke gjort tilstrekkelig rede for hvordan de har vurdert inkluderte artiklers kvalitet.
<p>2</p> <p>The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formålet med studien er tydelig formulert i henhold til pasientpopulasjon og resultatene som vurderes. - Oversikten har inkludert 21 kvalitative studier, ettersom at spørsmålet går på erfaringer, egner denne metoden seg best. - Kun fagfelleverderte studier er inkludert - Det er gjort grundig rede for hvilke databaser søket er utført i. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forfatterne har ikke søkt etter ikke-publiserte studier, noe som kan ha gjort at de har gått glipp av relevant litteratur. - Studien inkluderer mennesker med et bredt spekter av psykiske lidelser, noe som kan begrense overføringsverdien. - Det ble ikke benyttet sjekklister for å vurdere kvaliteten på inkluderte studier. De har brukt screeningsspørsmål, og navngitt dette under metode. - Kjønn, etnisitet, seksualitet eller sosial klasse kan ha påvirket resultatene, men dette er ikke vurdert. - Inkluderte studier ble lest av flere personer, men det er ikke kommentert hvorvidt disse var uavhengig av hverandre.
<p>3</p> <p>Non-helpful relationships with professionals- a literature review of the perspective of persons with severe mental illness</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formålet med studien er tydelig formulert i henhold til pasientpopulasjon - Kvalitative studier er inkludert. Ettersom at studiens spørsmål går på erfaringer egner denne metoden seg best. - Alle inkluderte studier er fagfelleverderte. - Studien viser perspektivet til personer med alvorlige psykiske lidelser, og inkluderer ulike studier som er 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientpopulasjonen består av mennesker med flere ulike psykiske lidelser, og ikke bare schizofreni- eller psykosedidiagnose, dette kan begrense overførbarheten til praksis. - De har ikke søkt etter ikke-publiserte studier, noe som kan ha ført til at de har gått glipp av relevant litteratur. - Det blir ikke nevnt om de har anvendt sjekklister for å kritisk vurdere inkluderte studier. Skjevheter i hvordan studiene er utført kan dermed ha påvirket resultatene.

	<p>gjennomført i land som er sammenlignbare med norsk helsevesen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultatene er tydelig og oversiktlig presentert, gjennom tre hovedtemaer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vurderingen ble gjort av flere personer, men det er ikke nevnt hvorvidt disse er uavhengig av hverandre.
<p>4</p> <p>Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formålet med studien er klart formulert med henhold til problemstilling, begrunnelse for problemstilling og relevans for sykepleie. - Kvalitativ metode egner seg godt ettersom at studiens mål var å undersøke erfaringer og opplevelser. - Studiedesignet er begrunnet. - Utvelgelsesstrategien er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen da et bredt spekter av helsepersonell sikrer en rekke perspektiver og opplevelser. Deltakerne hadde også lang erfaring i å jobbe med psykotiske mennesker. - Setting for datainnsamling er godt begrunnet - Etske forhold er vurdert, studien er godkjent i etisk komite og drøfter relevante etiske problemstillinger - Analysemetode er tydelig presentert i trinn for trinn. - Funnene er diskutert opp mot annen litteratur og forskning. De diskuteres fra flere synsvinkler og opp mot problemstilling. - Gir tydelige implikasjoner for praksis 	<ul style="list-style-type: none"> - Forfatterne har ikke beskrevet hvordan de bestemte seg for valgt metode - Det er ikke blitt gjort rede for utvalgsstrategi - Utvalget er ikke diskutert i henhold til kjønn eller alder - Det er noe uklart hvilken form dataene har - Forfatterne har ikke diskutert metning av data - Det er ikke gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data. - Forfatterne har ikke skrevet om det er gjort endringer i utformingen av studien underveis. - Forfatterne har ikke diskutert funnernes troverdighet - Forfatterne har ikke vurdert i hvilken grad funnene kan overføres til andre populasjoner.