

Bachelorgradsoppgave

Schizofreni: Sykepleier-pasient- relasjonen

Schizophrenia: The nurse-patient relation

Sykepleieres erfaringer med å etablere relasjoner til pasienter med psykiske lidelser, med fokus på schizofreni

Nurses' experiences of establishing relations with patients with mental disorders, focusing on schizophrenia

Tonje Kvaal

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

2013



Avdeling for helsefag

Antall ord: 8857

Sammendrag

Bakgrunn: Schizofreni er en av de mest alvorlige psykiske lidelsene, og rammer ca 1 % av befolkningen. Denne pasientgruppen har ofte vansker med å fungere i relasjoner. Gode relasjoner med behandlingspersonalet, som sykepleiere ofte er en del av, er avgjørende for behandlingsresultatet. Sykepleiere kan møte denne pasientgruppen over alt i helsevesenet, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, det er derfor viktig å ha kunnskap om hvilke tilnæringsmetoder som kan være hensiktsmessige i møte med pasienter som lider av schizofreni. Hensikt: Å beskrive sykepleieres erfaringer med å etablere relasjoner til pasienter med psykiske lidelser, med særlig fokus på schizofreni.

Metode: Litteraturstudie. Søkene ble gjort i mars/april 2013 i databasene Medline og Cinahl.

Resultat: Funnene er basert på 12 kvalitative studier. Sykepleiere erfarte at deres forforståelse og holdninger har stor innvirkning på relasjonen. Å etablere en relasjon er en prosess, som begynner med at man blir kjent både personlig og profesjonelt. Deretter utvikler sykepleier og pasient en allianse og en felles forståelse. Relasjonen baseres på trygghet, tillit, empati og gjensidig respekt. Sykepleier må ha evnen til å balansere sin omsorg basert på pasientenes behov.

Konklusjon: Å etablere en relasjon er en tidkrevende prosess som er avhengig av sykepleierens holdninger, personlige egenskaper og kunnskaper.

Nøkkelord: Sykepleier-pasient-relasjon, schizofreni, sykepleie, psykiatrisk sykepleie, litteraturstudie

Summary

Background: Schizophrenia is one of the most severe mental disorders, affecting approximately 1 % of the population. This group of patients often have difficulty functioning in relationships. Good relationships with care givers, such as nurses, is often essential for the treatment outcome. Nurses can meet this group of patients both specialist and community health services, and it is important to know which approaches that may be appropriate when meeting patients suffering from schizophrenia.

Aim: To describe nurses' experiences of establishing relationships with patients with mental disorders, focusing on schizophrenia

Method: Literature study. Searches were made in March / April 2013 in the databases Medline and Cinahl.

Results: The findings are based on 12 qualitative studies. Nurses described that their pre-understanding and attitudes have a large impact on the relationship. Establishing a relationship is a process that begins with the nurse and patient getting to know each other, both on a personal and a professional level. The nurse and patient develop an alliance and a shared understanding. The relationship should be based on safety, trust, empathy and mutual respect. The nurses must have the ability to balance their care based on patients' needs.

Conclusion: establishing a relation is a time consuming process that depends on the nurses attitudes, personal skills and knowledge.

Keywords: Nurse-patient relations, schizophrenia, nursing, psychiatric nursing, literature study

Innhold

1.0 Introduksjon	4
1.1 Hensikt	6
2.0 Metode	7
2.1 Utvalg	7
2.2 Etiske overveielser	9
2.3 Analyse	9
3.0 Resultat	10
3.1 Sykepleierens forkunnskap og holdninger er avgjørende	10
3.2 Sykepleier og pasient må bli kjent med hverandre	11
3.3 Tillit er essensielt for relasjonens utvikling	13
3.4 Sykepleieren skal være en hjelper	14
3.5 Sykepleieren må sørge for balanse	16
4.0 Diskusjon	18
4.1 Resultatdiskusjon	18
4.2 Metodediskusjon	24
5.0 Konklusjon	26
Referanser	27
Vedlegg:.....	30

1.0 Introduksjon

Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Norsk Folkehelseinstitutt 2009). Psykoselidelsene er en gruppe psykiske lidelser som medfører store utfordringer både for pasienter, pårørende, behandlere og samfunnet for øvrig (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010). De fleste menneskene som havner under tvungent psykisk helsevern lider av psykoser (ibid.), og i følge (Perälä et al. 2007) er livstidsforekomsten av alle psykotiske lidelser 3,5 %.

Karakteristisk for denne lidelsesgruppen er at man har en forandret virkelighetsoppfatning og nedsatt mentaliseringsevne. Mentaliseringsevne handler om våre evner til å forstå oss selv som psykologiske individer, som har sinn som tolker og feiltolker oss selv og andre. Manglende mentaliseringsevne kan føre til en rekke feiltolkninger av omverdenen, og man kan se seg selv som et offer for en rekke fenomener. Pasienter som lider av psykoser har ofte tilleggsproblemer som ensomhet, dårlig økonomi, bortfall av arbeidsmuligheter, angst, depresjon eller rusmisbruk (Skårderud et al. 2010).

Schizofreni er den mest alvorlige av psykoselidelsene, og man regner med at det i Norge er mellom 10 og 15 000 personer som har diagnosen til enhver tid. Livstidsforekomsten for schizofreni antas å være på 1 %. Schizofreni var den enkeltlidelsen som flest pasienter ble behandlet for blant innlagte i psykisk helsevern for voksne i 2006, og utgjorde nær 10 % av alle pasienter med avsluttet døgnopphold (Statens Helsetilsyn 2000; Perälä et al. 2007; Folkehelseinstituttet 2010; Skårderud et al. 2010).

De viktigste symptomene på schizofreni er delt inn i positive og negative symptomer. Positive symptomer kan være vrangforestillinger, hallusinasjoner, disorganisert tale og disorganisert adferd, og negative symptomer innebærer flat affekt, fattig språk og apati. I tillegg til den forstyrrede virkelighetsoppfatningen vil lidelsen ofte påvirke evnen til å fungere sosialt, i arbeidslivet og i relasjoner. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser er ofte preget av sterk sårbarhet, som innebærer at det skal lite stress til før de ikke greier å hankses med påkjeningen (Statens Helsetilsyn 2000; Vatne 2009; Skårderud et al. 2010).

Sykdomsforløpet kan være kronisk eller episodisk, det kan være progredierende eller stabilt, eller det kan være en eller flere episoder med fullstendig eller delvis remisjon. De aller fleste blir friske etter sitt første anfall, men mange risikerer tilbakefall. Man antar at 25 % blir helt friske, og at 60 % blir rehabilitert (WHO 1993; Skårderud et al. 2010).

Personer med langvarige psykotiske lidelser får ofte oppfølging av spesialisthelsetjenesten eller det psykiske helsevernet i den kommunalt baserte førstelinjetjenesten (Skårderud 2010). Behandlingen for lidelsen er medikamentell behandling, psykoterapi, familierapi og psykososiale intervensjoner (Statens Helsetilsyn 2000). Vatne (2009) beskriver at det er *«en grunnoppfatning at individet best kan forstås og hjelpes i et samhandlingsperspektiv og at relasjonen mellom hjelpere og pasienter derfor er et hovedfokus i psykisk helsearbeid»*.

Mennesker som lider av schizofreni er en svært heterogen gruppe, og det samme gjelder pasientenes opplevelse av å leve med lidelsen (van Meiljel, van der Gaag, Kahn & Grypdonck 2003). Det er ofte vanskeligere å opprette behandlingsallianse og skape motivasjon for behandlingen ved schizofreni og lignende lidelser enn ved de fleste andre lidelser, og behandlere må ofte investere tid og krefter i lang tid før en får lagt grunnlaget for mer spesifikke behandlingsopplegg. Overfor noen pasienter er det vanskelig å få til et slikt samarbeid. På grunn av sine symptomer og sin funksjonssvikt har personer med schizofreni og lignende lidelser større vansker med å ivareta sin rett til medinnflytelse enn andre pasienter (Statens Helsetilsyn 2000).

Utvikling av en god og trygg behandlingsallianse regnes som en grunnleggende forutsetning for alle behandlingsformer når det gjelder schizofreni (Statens Helsetilsyn 2000). En god terapeutisk allianse mellom pasient og behandler ser ut til å ha sammenheng med god compliance og god innsikt i egen situasjon hos personer med schizofreni (Misdrahi, Petit, Blanc, Bayle & Lorca 2012).

Miljøterapien er en viktig del av psykisk helsearbeid, og miljøterapi defineres som *«en form for behandling der hovedvekten legges på terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og igangsettes i det miljøet pasienten befinner seg i»* (Egedius 2000, Geanellos 2000, i Vatne 2009). At noe er terapeutisk beskriver Vatne (2009) som *«samhandling som fører til at pasienten opplever at tilværelsen endres i positiv retning»*. Vatne beskriver også at de relasjonelle prinsippene i miljøterapi er like relevante i alle relasjoner mellom hjelpere og pasienter med psykiske lidelser.

Studier viser at personer med alvorlige psykiske lidelser er mindre opptatt av sin fysiske helse enn resten av befolkningen. Personer med schizofreni er i større risiko for overvekt, kardiovaskulær sykdom og diabetes og har 2 til 3 ganger større sjans for å dø enn andre personer. Mens den generelle helsetilstanden hos resten av befolkningen har bedres de siste tiårene, har dette ikke skjedd hos denne pasientgruppen. Røyking er mer utbredt blant mennesker med schizofreni enn hos mennesker som ikke har denne lidelsen, og røyking er assosiert med forverring av psykiske symptomer, rusmisbruk, dårligere fysisk helse og større risiko for de mange negative konsekvensene røyking har på helsen. Dette kan kanskje settes i sammenheng med at dødelighet og

selvmordsfrekvens er forhøyet hos personer med schizofreni. (Statens Helsetilsyn 2000; McGrath, Saha, Chant & Welham 2008; Heald 2010; Buhagiar, Parsonage & Osborn 2011; Cooper et al. 2012).

På grunn av at personer med schizofreni har større risiko for å utvikle somatiske lidelser som følge av sin psykiske lidelse, vil det være rimelig å anta at man som sykepleier i vil møte denne pasientgruppen i løpet av sin yrkeskarriere, både i somatikken og i psykiatrien. På bakgrunn av dette kan man anta at det er relevant for alle sykepleiere å ha kunnskap om hvilke tilnæringsmetoder som kan være hensiktsmessige for å etablere en relasjon til personer som lider av schizofreni

Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleieres erfaringer med å etablere relasjoner. Selv om den er basert på flere studier som beskriver erfaringene til sykepleiere som jobber i institusjoner, kan man si at miljøterapi også brukes på flere arenaer enn i psykiatriske institusjoner. Man kan også anta at de tilnæringsmåtene som kommer fram i denne studien kan brukes når man skal forholde seg til andre pasientgrupper og enkeltindivider som det er utfordrende å etablere relasjoner med.

1.1 Hensikt

Hensikten med studien er å beskrive sykepleieres erfaringer med å etablere og utvikle relasjoner til pasienter med psykiske lidelser, med særlig fokus på schizofreni.

Problemstilling: Hvilke tilnæringsmetoder kan være hensiktsmessige når man som sykepleier skal etablere relasjoner med pasienter med schizofreni?

2.0 Metode

I dette kapittelet redegjøres det for hvordan det ble funnet relevante vitenskapelige artikler til å besvare studiens hensikt. Metoden for denne oppgaven er litteraturstudie. Litteratursøket ble utført i mars/april 2013 i databasene Medline og Cinahl. Følgende MeSH-termer ble kombinert i søkene: nurse-patient relations, schizophrenia, psychiatric nursing og psychotic disorders (se tabell 1).

Det ble i første omgang søkt etter artikler som beskriver sykepleieres erfaringer med å etablere relasjoner til pasienter med schizofreni. I neste fase ble det søkt etter artikler som beskriver sykepleieres erfaringer med å etablere relasjoner personer med psykiske lidelser generelt, fordi dette også ble ansett som relevant i forhold til studiens hensikt og problemstilling.

Eksempel på søk fra tabell 1 (se vedlegg):

Database/dato	Begrensninger	Søkeord	Treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Inkludert
Medline 21.03.13	Engelsk 2000-2013	Nurse-patient relations* AND Schizophrenia*	89	24	15	5	4

2.1 Utvalg

For å finne fram til relevante vitenskapelige artikler ble det tatt hensyn til følgende inklusjonskriterier:

- Engelskspråklige vitenskapelige originalartikler
- Publisert etter år 2000
- Sykepleiefaglig relevant
- Relevante i forhold til denne studiens hensikt

Alle artikler som omhandlet medikamentell behandling ble ekskludert, for å begrense oppgavens omfang, og fordi det ikke ble ansett som sykepleiefaglig relevant. Det var heller ikke noe mål å beskrive tilnæringsmetoder mot de enkelte symptomene som er typiske for schizofreni, som for eksempel positive eller negative symptomer. Artikler som kun omhandlet dette ble ekskludert fra studien. Studier som omhandler barn ble også ekskludert.

Da søkene var utført, ble titlene på alle artiklene i treffene lest. De titler som så relevante ut på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene og oppgavens hensikt og problemstilling ble tatt videre til utvalg 1. Noen titler ga ikke et tydelig bilde på hva artiklene handlet om, derfor ble abstraktet på noen av disse artiklene lest.

I utvalg 1 ble artiklenes abstrakt gransket, og her ble det tatt hensyn til hensikten med studiene. De som var sykepleiefaglig relevante og som handlet om relasjoner med mennesker med schizofreni/psykiske lidelser ble tatt videre med til utvalg 2. Her ble artiklene lest i sin helhet på engelsk, og her ble det gjort en kvalitetsbedømming basert på bakgrunn av artiklenes hensikt, metodekapittel og resultat. Her ble bare studier basert på sykepleieres erfaringer tatt med videre til utvalg 3. I utvalg 3 ble artiklene oversatt til norsk og nøye gransket i sin helhet. I tillegg til at de skulle stemme overens med inklusjonskriteriene, samt studiens hensikt og problemstilling, ble det foretatt en kvalitetsbedømming. Til slutt ble 12 kvalitative artikler inkludert i studien.

Kvalitetsbedømmingen ble gjort med utgangspunkt i Forsberg og Wengstrøm (2008) sin sjekklister for kvalitative artikler. I denne prosessen ble det særlig lagt vekt på metodebeskrivelsene i artiklene og studienes validitet og reliabilitet (Dalland 2012), samt deres relevans for denne studien. Alle artiklene som er inkludert i denne studien ble ansett som enten av god eller middels god kvalitet, og artikler av dårlig kvalitet ble ekskludert tidligere i prosessen.

Fordi denne litteraturstudien er basert på kvalitative studier som i tillegg er engelskspråklige, ble det brukt mye tid på å lese, forstå og oversette innholdet til norsk, slik at de blir gjengitt korrekt. Det ble brukt engelsk-norsk ordbok i oversettelsen.

Eksempel på oversikt over inkluderte artikler fra tabell 2 (se vedlegg):

Forfatter/år/land	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat
Dearing 2004 USA	Beskrive hvordan sykepleiere kan tilnærme seg pasienter med schizofreni for å forbedre behandlingscompliance	Observasjoner og intervju	5 sykepleiere	Sykepleier og pasient må bli kjent med hverandre. Det er også viktig med sosial interaksjon, normalisere og feire sammen med pasientene

2.2 Etiske overveielser

I kvalitetsbedømmingen av de inkluderte artiklene ble det også gjort etiske overveielser. 8 av artiklene var godkjent av en etisk komitee og 1 var fagfellevurdert. I de 3 artiklene som ikke var godkjent av etiske komiteer hadde forfatterne gjort etiske overveielser. Alle de 12 artiklene som ble inkludert i studien, inkludert de som var godkjent av etiske komiteer, ble vurdert med utgangspunkt i De nasjonale forskningsetiske komiteenes sjekklister (sist oppdatert: 25. april 2013).

2.3 Analyse

I analysen ble det tatt utgangspunkt i innholdsanalyse (Graneheim & Lundman 2004). Denne prosessen ble forenklet ved å ikke inkludere andre og tredje fase, hvor man finner kondenserte meningsenheter. Analysen ble derfor gjort i tre faser. I hovedresultatene i de inkluderte artiklene ble deler av teksten som svarte til hensikten til denne studien plukket ut som meningsenheter. I disse meningsenhetene ble det funnet fellestrekk, som dannet grunnlaget for at de ble slått sammen til subkategorier. Subkategoriene ble deretter slått sammen ytterligere, til kategorier

Eksempel på forenklet innholdsanalyse fra tabell 3 (se vedlegg):

Meningsenhet	Subkategori	Kategori
Sykepleierne erfarte at det var viktig at de hadde kunnskap om psykiske lidelser, deres symptomer og virkning/bivirkning av medisiner Personlige egenskaper til å bygge relasjoner og kommunisere var viktig	Sykepleiere må ha kunnskap om psykiske lidelser, kommunikasjon og om relasjonsbygging	Sykepleierens forkunnskap og holdninger er avgjørende
Sykepleierens motivasjon innad det tverrfaglige teamet hadde mye å si Det var viktig å ha en optimistisk, positiv og ikke-dømmende holdning	Positive holdninger var viktig	
Sykepleiere må være bevisst sine fordommer og legge disse til side Det er viktig med selvinnsett og bevissthet rundt sine egne følelser Mangel på sympati, frykt ovenfor pasienten og at man følte seg ukomfortabel med pasientene og dermed unngikk de		
Det er viktig å se på pasientene som likeverdige og behandle de på lik linje med andre mennesker Man må unngå å ha en konfronterende eller nedlatende tone	Det er viktig å respektere pasienten som et likeverdig menneske	

3.0 Resultat

Litteraturstudien ble gjennomført fra mars til mai 2013 og er basert på 12 vitenskapelige artikler fra 7 ulike land. Fire av artiklene er fra Australia, to fra USA, to fra Canada, en fra Wales, en fra Japan, en fra Irland og en fra Nederland. Fire av artiklene er basert på sykepleieres erfaringer med å etablere relasjoner med pasienter med schizofreni, mens 8 av artiklene handler om sykepleieres erfaringer med å etablere relasjoner med pasienter med psykiske lidelser. Funnene i artiklene ble kategorisert i fem kategorier.

3.1 Sykepleierens forkunnskap og holdninger er avgjørende

Studier viser at kunnskapen sykepleieren har om psykiske lidelser og schizofreni er av stor betydning. Sykepleierens holdninger ovenfor pasientgruppen ble også beskrevet som avgjørende.

Sykepleierne erfarte at en optimistisk og positiv innstilling både mot pasientene og innad i det tverrfaglige teamet var viktig (Forchuk et al. 2000; Dearing 2004; Scanlon 2006). Man burde gå inn i relasjonene med en ikke-dømmende holdning og være bevisst på at pasientene oppsøker helsetjenesten fordi de trenger hjelp. For store forventninger til pasientene ble sagt å være til hinder for en god relasjon (Forchuk et al. 2000; McCann & Baker 2001; Scanlon 2006).

Flere av studiene viser at bevisstheten sykepleierne har rundt sine egne tanker og holdninger overfor pasienter med psykiske lidelser var viktig, og dette innebar å være klar over sine egne tanker om diagnosen, pasientgruppen og om sine egne følelser og fordommer. Noen beskrev at førsteinntrykket er en viktig faktor (Forchuk et al. 2000; O'Brien 2000; McCann & Baker 2001; Scanlon 2006; Katakura, Yamamoto-Mitani & Ishigaki 2010). Enkelte sykepleiere som hadde lite erfaring med pasienter med schizofreni opplevde at pasientene hadde større forståelse for omgivelsene og større evne til å fungere i dagliglivet enn de hadde trodd på forhånd (Katakura et al. 2010).

Også bevisstheten rundt kjemien mellom sykepleier og pasient ble nevnt som viktig, noe som blant annet innebar selvinnsikt fra sykepleierens side og at man var bevisst sine egne følelser. Dette innebar at man som sykepleier må kjenne sine begrensninger, og være bevisst på at man ikke kan ha like god kjemi med alle. Å ikke like pasienten og ha manglende sympati er lite hensiktsmessig. Frykt for pasientene kunne føre til at man følte seg ukomfortabel i pasientens nærvær og dermed unngikk dem. Dette ble også beskrevet som en dårlig forutsetning for å etablere en relasjon (Forchuk et al. 2000; McCann & Baker 2001; Scanlon 2006).

Flere studier beskrev at sykepleierens respekt for pasienten hadde stor betydning for relasjonen. Dette handlet om å respektere pasientene som likeverdige mennesker både med seg selv og andre. Gjensidig tillit og respekt, førte ofte til et godt samarbeid, og at sykepleierne kunne snakke mer åpent og ærlig med pasientene (McCann & Baker 2001; Katakura 2010; McCloughen, Gillies & O'Brien 2011). Det var viktig å unngå en konfronterende eller nedlatende tone når man snakket med pasientene (Forchuk et al. 2000; McCann & Baker 2001; Dearing 2004). I følge Katakura et al. (2010) er å respektere pasientenes ønsker den viktigste faktoren for å hjelpe mennesker med psykisk sykdom.

Sykepleiernes personlige egenskaper, kunnskaper og erfaring i forhold til psykiske lidelser, relasjoner og kommunikasjon ble også beskrevet som betydningsfulle (McCann & Baker 2001; Dearing 2004; Scanlon 2006). Sykepleierne tilegnet seg denne kunnskapen og erfaringen individuelt og gjennom å lære av andre, og den utviklet seg i løpet av relasjonene (Scanlon 2006). Noen av sykepleierne som jobbet med pasientgruppen beskrev at de hadde kunnskap om psykiske lidelser, patologi, symptomer på schizofreni og virkning og bivirkning av medisiner, og at de brukte disse kunnskapene når de observerte pasientene (Dearing 2004).

3.2 Sykepleier og pasient må bli kjent med hverandre

I studiene beskriver sykepleierne betydningen av å bli kjent med pasientene. Å bli kjent innebærer å lære pasientene å kjenne både på et personlig og et profesjonelt nivå. Det handler også om å komme på bølgelengde med pasientene og danne en felles forståelse, noe som legger til rette for en god allianse og et godt samarbeid.

Flere mente at tilnærmingen måtte være individuell, og at den ikke kunne standardiseres, fordi tilnærmingen måtte være basert på pasientenes behov (Dearing 2004; Jones 2005; Scanlon 2006; Gardner 2010). Sykepleierne erfarte at relasjonene fungerte bra når man ble kjent med pasientene personlig. Det var en fordel at pasient og kontaktsykepleier kom godt overens, og at relasjonen ble som en selvfølge og noe både sykepleier og pasient satte pris på (Forchuk et al. 2000; O'Brien 2000; Gardner 2010).

Flere beskrev at man burde begynne prosessen med en vennlig tilnærming for å bli kjent med pasientene på et personlig plan. En vennlig tilnærming ble beskrevet som å forholde seg til pasientene på samme måte som man ville forholdt seg til venner. Målet var ikke å bli venner, men å hente fram de samme kvalitetene som det er i et vennskap, på en profesjonell måte. Sykepleierne

beskrev at det var viktig å gi av seg selv når man skulle etablere en relasjon, og enkelte mente også at en viss nærhet var viktig. Å gi av seg selv ble beskrevet som at man delte personlig informasjon og personlige erfaringer, noe som var tillitsbyggende og viktig for tilstedeværelsen. Sykepleierne mente det var viktig å ikke dele for mye fordi det var upassende å bli for personlig i en profesjonell relasjon (O'Brien 2000; McCann & Baker 2001; Dearing 2004; Jones 2005; Welch 2005; Scanlon 2006; Gardner 2010).

Flere studier beskrev viktigheten av å få pasientene til å føle seg komfortable og velkomne (Forchuk et al. 2000; Dearing 2004; Vuckovich 2009; Gardner 2010). Humor ble av flere nevnt som et virkemiddel som kan bidra til å gjøre atmosfæren litt mer avslappet (O'Brien 2000; Dearing 2004).

Sosial interaksjon ble sett på som nødvendig, dette fordi man blir kjent gjennom å sosialisere, ved å snakke med hverandre, utveksle interesser og snakke sammen om pasientenes mål. Sykepleierne mente det var viktig å feire sammen med pasientene når de når sine mål og gi positiv feedback. Det ble sett på som upassende å sosialisere utenfor den terapeutiske relasjonen (Dearing 2004; Gardner 2010).

Å bli kjent med pasientene personlig gjør at man forstår pasientene, man kan få kunnskap om hvilke mål, håp og drømmer de har, og man burde bruke tid på å forstå pasientens fortid og sette den i sammenheng med nåværende problemer og hvordan sykdommen påvirket dem (O'Brien 2000, Dearing 2004).

Noen sykepleiere fortalte at å kjenne pasientene betyr at man har kunnskap om hvordan de enkelte pasientenes sykdom utarter seg i forskjellige faser. På denne måten kunne man se forandring over tid, og identifisere pasientenes funksjonsnivå og observere om pasientene eventuelt hadde tegn til tilbakefall (O'Brien 2000; Dearing 2004; Jones 2005). Ved å kjenne pasientene og deres behov kunne man danne en allianse og en felles forståelse om hvilke mål som var aktuelle for den videre behandlingen (O'Brien 2000; Dearing 2004; Jones 2005).

Gardner (2010) beskriver at å etablere en relasjon er en prosess som starter med å bli kjent, hvor denne prosessen deretter utvikler seg til et terapeutisk engasjement, og når man kommer på bølgelengde med pasienten etablerer og utvikler man en terapeutisk relasjon. Sykepleier og pasient bør lære om sykdommen i fellesskap, fremfor separat, og man bør samarbeide for å komme fram til hvordan pasientene kan løse sine problemer på best mulig måte (O'Brien 2000; McCann & Baker 2001).

Selv om det er viktig å bli kjent på et personlig nivå, og en viss grad av nærhet, ble det også beskrevet at de profesjonelle rammene måtte være tilstede. Profesjonelle rammer gjør at man kan jobbe innen trygge rammer både for pasient og sykepleier, og det er viktig med definerte grenser, roller og forventninger (Gardner 2010; McCloughen et al. 2011).

3.3 Tillit er essensielt for relasjonens utvikling

I mange av studiene beskrives tillit som avgjørende. Tillit ble beskrevet som noe grunnleggende og essensielt for relasjonen mellom pasient og sykepleier. Sykepleierne beskrev at tillit må være basert på trygghet, ektehet, ærlighet og forutsigbarhet. Tilstedeværelse og nok tid til pasientene ble beskrevet som en forutsetning for at det skal bli en tillitsfull relasjon.

Gjensidig tillit bidro til en allianse og en felles forståelse for hvordan man kunne arbeide sammen (O'Brien 2000). Sykepleierne erfarte at det var avgjørende for relasjonen at pasientene opplevde dem som en ærlig, åpen og troverdig person (O'Brien 2000; Welch 2005; Scanlon 2006; Vuckovich 2009; Katakura et al., Forchuk et al. 2000, McCloughen et al. 2011, McCann & Baker 2001). Å bygge en tillitsfull relasjon er en prosess som er avhengig av hvor mye tid man tilbringer sammen med pasientene. Ved å bruke tid og snakke med pasientene, opplevde sykepleierne at pasientene fortalte de når noe var galt, slik at de slapp å ende opp på sykehuset (O'Brien 2000; Scanlon 2006; Gardner 2010).

Noen studier beskrev sykepleiernes bevissthet rundt taushetsplikten, også utenfor juridiske rammer. Sykepleierne erfarte at måten de forholdt seg til pårørende på var avgjørende for om pasientene stolte på sykepleierne. Det er ikke alt de pårørende trenger å vite, selv om det ikke nødvendigvis innebærer brudd på taushetsplikten (O'Brien 2000, McCann & Baker 2001).

I følge Gardner (2010) kan man ta utgangspunkt i at noen av pasientene er skeptisk til nye mennesker, og kanskje også har dårlige erfaringer med helsevesenet. Sykepleierne erfarte at trygghet var viktig for å etablere tillit, at man la til rette for et trygt miljø, både for pasient og sykepleier (O'Brien 2000; Scanlon 2006). Å anerkjenne at pasientens positive følelser er en normal respons til omsorgen bidro til å normalisere og bekrefte pasientens følelser og et viktig steg mot å etablere tillit i relasjonen (O'Brien 2000). Ærlighet kan innebære realitetsorientering, og det ble beskrevet som viktig å forklare pasienten hva som foregår til enhver tid, da dette kan dempe angst og forvirring (Vuckovich 2009).

En viktig faktor i etableringen av tillit var at pasientene kunne stole på både sykepleiere og helsetjenesten ved å oppleve at tjenesten var forutsigbar. Dette innebar at pasientene opplevde kontinuitet, faste rutiner og faste sykepleiere å forholde seg til. Sykepleierne erfarte at pasientene var mer mottakelige for hjelp når de opplevde forutsigbarhet, til og med i psykotiske perioder (Forchuk et al. 2000; O'Brien 2000; Scanlon 2006; Katakura et al. 2010). Forutsigbarhet innebar også at sykepleierne var konsekvente og forutsigbare som personer (Forchuk et al. 2000; O'Brien 2000; Welch 2005).

3.4 Sykepleieren skal være en hjelper

Studier viser at sykepleieren må være bevisst sin rolle som hjelper, og tydeliggjøre dette for pasienten. Dette innebærer at pasientene vet at de kan oppsøke sykepleieren når de trenger hjelp og støtte. Det innebærer også at sykepleier må være en lytter med en empatisk holdning ovenfor pasienten, og at sykepleier må bidra til at pasienten fungerer best mulig i samfunnet.

Noen sykepleier mente at sykepleie skal være basert på at man skal hjelpe andre mennesker, og at man har en profesjonell rolle. Man må tydeliggjøre sin troverdighet som en hjelpende person og man må vise pasientene at man bryr seg om dem. Sykepleier må møte pasientens grunnleggende behov for omsorg (Scanlon 2006; Vuckovich 2009). Når pasientene begynner å søke hjelpen din er det en god relasjon i følge McCann & Baker (2001). Sykepleiere beskrev at de følte omsorg, bekymring og behov for å beskytte pasientene (O'Brien 2000).

Å tilbringe tid med pasientene og tydeliggjøre sin tilgjengelighet og tilstedeværelse ble beskrevet som viktig, dette for å bli kjent med pasientene og for å bygge tillit. Relasjoner som ble ansett som gode bar preg av regelmessig og hyppig kontakt. Det ble beskrevet som uhensiktsmessig for relasjonen å ha liten tid til pasientene og ikke være tilgjengelig når de har behov for det (Forchuk et al. 2000; O'Brien 2000; McCann & Baker 2001; Dearing 2004; Jones 2005; Vuckovich 2009).

Sykepleierne beskrev også det å lytte og gi pasientene mulighet til å snakke som viktig i en relasjon. Man må gi pasientene tid til å snakke ut, legge til rette for at de får tid og mulighet til å snakke, og ta de på alvor. Ved å virkelig lytte kan man forstå det som ligger under overflaten av det de forteller og forstå hvordan pasientene har det (Forchuk et al. 2000; O'Brien 2000; McCann & Baker 2001; Dearing 2004; Jones 2005; McCloughen et al. 2011). I følge Forchuk et al. (2000) er dette en arena hvor pasienten må få snakke ut, og sykepleieren må lytte uten å konfrontere. Dersom pasienten hallisunerte, mente sykepleierne at det var greit å påpeke at pasienten snakker med seg selv.

Flere beskrev empati som en viktig egenskap, og at man måtte vise forståelse for pasientenes behov, håp og drømmer (O'Brien 2000; McCann & Baker 2001; Dearing 2004; Scanlon 2006). Man må i første omgang prøve å forstå hvordan pasientene har det, og ha fokus på hva de føler, ikke hvordan de oppfører seg, og empati er særlig viktig i stressende/traumatiske perioder hvor pasientene har stort behov for hjelp. Å ha en empatisk holdning i slike situasjoner bidro til å forsterke relasjonen (McCann & Baker 2001).

Scanlon (2006) beskriver at forskjellen på denne typen relasjon og en relasjon til en frisk person er at sykepleieren har en profesjonell rolle. Her vil sykepleieren i større grad gå inn for at den andre skal føle seg komfortabel med sin lidelse, og at målet ikke nødvendigvis er å kurere, men å hjelpe pasientene å mestre. Sykepleierne beskrev at de brukte sin innflytelse når de skulle hjelpe pasientene. Selv om pasienten skulle være den som tok valgene, kunne sykepleierne hjelpe de ved å komme med forslag (O'Brien 2000; Gardner 2010).

Normalisering ble nevnt av Dearing (2004). Her identifiserte sykepleier og pasient problemområder hos pasienten som hindret de i tilfriskningsprosessen. De jobbet sammen om å få pasienten til å fungere best mulig i dagliglivet og unngå sosial isolering. Sykepleierne lærte pasientene om hvordan de skulle opprettholde en sunn livsstil med tanke på for eksempel kosthold, aktivitet, søvn, hygiene og andre helsefremmende faktorer. Når det gjaldt medisiner hjalp sykepleierne pasientene med å gjøre dagligdagse gjøremål som var nødvendig for at pasientene skulle oppnå best mulig compliance.

O'Brien (2000) beskriver også hvordan sykepleierne hjalp pasientene til å leve et mest mulig normalt liv, og bli en del av samfunnet. Man må som sykepleier legge til rette for at pasientene kan tøyne grensene og bevege seg utenfor de begrensningene de hadde på grunn av sykdommen. Også det å få pasientene til å akseptere seg selv ved å prøve å sette pasientenes katastrofetanker i normale sammenhenger, ikke i sammenheng med psykisk sykdom. Her beskrev sykepleierne at de ga av seg selv og snakket om private ting. Dette fikk pasienten til å identifisere sine egne problemer med sykepleierens og det kunne bidra til å normalisere pasientenes følelser og problemer.

Sykepleierne beskrev også hvordan de feiret sammen med pasientene når de nådde sine mål og gjorde framskritt. Sykepleierne blir viktige i pasientenes liv, og påvirker de gjennom relasjonen (Dearing 2004; Gardner 2010).

3.5 Sykepleieren må sørge for balanse

Sykepleierne beskrev forskjellige måter å opprettholde balansen på. Dette innebærer at sykepleier må balansere og tilpasse sin tilnæringsstrategi etter pasientenes behov. Å gi pasientene tid og rom er viktige faktorer her. Maktbalansen blir også beskrevet. I tillegg kommer det fram at det er viktig å balansere graden av innflytelse og at man som sykepleier må tilpasse seg pasientenes behov på det aktuelle tidspunktet. Balansen mellom nærhet og distanse beskrives også.

Studiene beskriver at samarbeidet mellom sykepleier og pasient må være basert på pasientenes behov, og at man må møte pasientene på deres nivå. Dette innebærer at sykepleieren må være fleksibel og åpen for å tilpasse seg de enkelte pasientene og deres dagsform. Sykepleierne erfarte at det tok tid å få til et godt samarbeid, og at det var viktig med en langsom tilnærming. De beskrev at man må se an hver enkelt pasient, fordi noen krever en mer profesjonell tilnærming enn andre (Forchuk et al. 2000; McCann & Baker 2001; Vuckovich 2009; McCloughen et al. 2011). En måte å «se an dagsformen» på var å åpne møtet med å snakke om hverdagslige ting (McCann & Baker 2001).

Å gi pasientene tid og rom ble sett på som viktig. Dersom pasientene ikke var åpne for samarbeid der og da, kunne man tilby seg å komme igjen ved en senere anledning, fremfor å presse pasientene. Dette ble beskrevet som en måte å vise respekt på (McCann & Baker 2001; Vuckovich 2009).

Begrepet tilpassing ble også brukt om måten man kommuniserte med pasientene på. Det innebar at man vurderte hvor mottakelige pasientene var for informasjon og at man deretter tilpasset språket til deres nivå, og ga saklig og utvetydelig informasjon (O'Brien 2000; McCann & Baker 2001; Dearing 2004; Scanlon 2006). I følge Dearing (2004) forsterker dette pasientenes følelse av å samarbeide.

Sykepleiere var klar over maktubalansen i relasjonen, og prøvde å balansere bruken av makt mellom seg og pasientene, slik at pasientene fikk kontroll når situasjonen lå til rette for det (Welch 2005; Schout, De Jong & Zeelen 2010). Sykepleierne erfarte at det var vanskelig å balansere mellom å ivareta relasjonen og gjøre det man må for pasientens beste når pasientene ikke har så mye innsikt (O'Brien 2000; Gardner 2010). De måtte også balansere hvor mye kontroll de tok, og ikke være for streng, men heller ikke for svak (Forchuk et al. 2000). Sykepleierne måtte i enkelte situasjoner ta kontroll mot pasientenes vilje, dette innebar for det meste sykehusinnleggelse, men dersom de hadde en tillitsfull relasjon, gjorde det at pasientene så ut til å forstå, og sette pris på det (O'Brien 2000). Å la pasientene være de som inviterte sykepleierne inn i sitt hjem, fremfor at sykepleierne tok det som en selvfølge at de fikk komme inn, ble beskrevet som en måte å jevne ut denne maktubalansen (Schout 2010).

Både pasient og sykepleier må være aktive i samarbeidet. Noen mente at man ikke måtte gå inn i en autoritær rolle, men la pasientene ha innflytelse (McCann & Baker 2001; McCloughen et al. 2011). En forutsetning for et godt samarbeid var i følge McCloughen et al. (2011) gjensidig deling og bruk av erfaring, kunnskap og kompetanse.

Gardner (2010) beskriver terapeutisk innflytelse som en måte å diskret påvirke pasientene når deres mentale helse er svekket, og at man må balansere den terapeutiske relasjonen og de profesjonelle grensene kontinuerlig. Det bør være en sterk allianse før man begynner å bruke sin innflytelse, hvis ikke kan dette være ødeleggende for relasjonen.

Scanlon (2006) og Gardner (2010) beskriver balansen mellom nærhet og distanse, og mener man bør komme så nær pasienten som mulig, men samtidig holde avstand ved å ikke dele for mye personlig informasjon. Sykepleierne beskrev at det er vanskelig å finne balansen, men at det også var avhengig av personligheten til pasientene og sykepleierne. Hvis relasjonen forandrer seg til en mer personlig relasjon kan dette påvirke sykepleierens innflytelse i negativ retning, fordi det da går fra å være en terapeutisk og profesjonell relasjon til å bli et vennskap. Relasjonen skal være utviklet på bakgrunn av pasientenes behov, og skal være pasientfokusert. Sykepleierne beskrev at de enkelte ganger hadde behov for å løsrive seg fra relasjonen for å bevare de profesjonelle grensene.

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med studien var å beskrive sykepleieres erfaringer med å etablere relasjoner med pasienter med psykiske lidelser, med særlig fokus på schizofreni. Her vil funnene fra de vitenskapelige artiklene bli sammenlignet med relevant teori, litteratur og forskning.

I resultatet av denne studien kom det fram at førsteinntrykket og sykepleierens bevissthet rundt sine egne følelser og fordommer var viktig for relasjonens utvikling (Forchuk et al. 2000; O'Brien 2000; McCann & Baker 2001; Scanlon 2006; Katakura et al. 2010). Man kunne også ta utgangspunkt i at noen av pasientene er skeptisk til nye mennesker, og kanskje også har dårlige erfaringer med helsevesenet (Gardner 2010). Sykepleieteoretiker Joyce Travelbees modell for utvikling i forholdet mellom sykepleier og pasient består av fem faser. Den første fasen beskriver Travelbee som det innledende møtet. Her vil sykepleier observere, vurdere og trekke slutninger om pasienten og motsatt. Førsteintrykket er preget av tidligere erfaringer i tilsvarende situasjoner. I likhet med det som kommer fram i resultatet beskriver Travelbee viktigheten av å sette til side sine forutforståelser av hvordan pasienten burde eller skulle være (Eide og Eide 2011).

Noen av de uerfarne sykepleierne i studiene opplevde at pasientene fungerte bedre i dagliglivet enn de trodde på forhånd. Enkelte hadde også fordommer når det gjaldt voldelig adferd (Katakura et al. 2010). I følge Linden & Kavanagh (2012) er det sammenheng mellom hvilke holdninger man har mot pasienter med schizofreni og hvor mye tid man ønsker å tilbringe med dem. Studien viser at sykepleiere som jobbet med pasienter med schizofreni i institusjon beskrev at de ønsket mindre sosial kontakt med pasientene enn de som jobbet med samme pasientgrupper ute i kommunen. Noen av sykepleierne som jobbet i institusjon var av den oppfatning at det var en viss fare forbundet med å omgås pasientene. Studien viser også at sykepleiere med lite erfaring ønsket mindre sosial kontakt med pasientene enn sykepleiere med mer erfaring. Linden & Kavanagh (2012) foreslår at de negative holdningene til sykepleierne som jobber i institusjon kan skyldes stigmatisering, ettersom de oftere er vitne til dårligere pasienter, og at dette påvirker den terapeutiske relasjonen i negativ retning. Forfatterne påpeker at det trengs kampanjer for å redusere stigmatiseringen av psykisk syke også blant helsepersonell, ikke bare befolkningen generelt.

I resultatet beskrev studiene sykepleierens kompetanse ble som viktig. Dette innebar kunnskap om psykiske lidelser, medisiners virkning/bivirkning, samt egenskaper i forhold til å kommunisere og danne relasjoner (McCann & Baker 2001; Dearing 2004; Scanlon 2006). Kompetanse er et uklart begrep, men det kan for eksempel være personlige egenskaper. En annen form for kompetanse er

intuitiv forståelse, som erverves over tid. Kompetanse kan også forstås som kunnskap, basert på vitenskapelig eller evidensbasert praksis (Skårderud et al. 2010).

Basert på Lidnen og Kavanagh (2012) sin studie, sammenlignet med det som kom fram i resultatet av denne studien kan det være det rimelig å tro at økt kunnskap og erfaring kan påvirke holdningene. I følge Linden & Kavanagh (2012) kan det se ut som dårlig erfaring gjør at man får en mer negativ holdning, altså man ønsker ikke å tilbringe tid med pasienten. Mange sykepleiere som ikke jobber innen psykiatrien har trolig for lite kompetanse på området, og vil da også naturligvis ha problemer med å etablere en god relasjon, noe som igjen fører til negative erfaringer med pasientgruppen. Man kan kanskje da si at dette er en selvforsterkende ond sirkel, og at økt kompetanse i å etablere relasjoner og kommunikasjonsferdigheter, samt kunnskap om psykiske lidelser kan være nøkkelen til å komme seg ut av denne sirkelen.

I følge Travelbee innledes den andre fasen når den første er avsluttet på en vellykket måte. Her har altså sykepleier og pasient lagt sine fordommer til side og begynner å etablere bånd (Eide og Eide 2011). I likhet med Travelbee beskrives det i studiene at sykepleier og pasient må bli kjent med hverandre, for å komme på bølgelengde og danne en felles forståelse. Dette var grunnlaget for å danne en allianse og et godt samarbeid (O'Brien 2000; Dearing 2004; Jones 2005; Gardner 2010). I følge Travelbee vil pasienten og sykepleieren her oppfatte hverandre som unike mennesker, fremfor som representanter for sine roller. Travelbee var kritisk til betegnelsene pasient og sykepleier, og mente dette fremmet stereotype rolleoppfatninger fremfor det individuelle (Eide og Eide 2011). I studiene ble det beskrevet at det var viktig å være bevisst sin profesjonelle rolle selv om man burde se på pasienten som et likeverdig individ, og at profesjonelle rammer, definerte roller, grenser og forventninger bidro til trygghet (McCann & Baker 2001; Gardner 2010; Katakura et al. 2010; McCloughen et al. 2011). Dette kan tenkes å skille seg ut fra relasjoner med pasienter som ikke lider av psykisk sykdom, og kan kanskje skyldes at det må være en viss maktubalanse i relasjonen når pasienten har en psykoselidelse og når sykepleier må bruke sin makt eller innflytelse fordi pasienten ikke er i stand til å ivareta seg selv.

I studiene beskrev sykepleierne at de var bevisst på maktubalansen mellom hjelper og pasient, og at de prøvde å balansere bruken av makt mellom seg og pasientene, slik at pasientene fikk kontroll når situasjonen lå til rette for det. Sykepleierne erfarte at det ofte var vanskelig å finne maktbalansen når pasientene ikke hadde så mye innsikt (O'Brien 2000; Welch 2005; Gardner 2010; Schout 2010). Det var også viktig å ikke gå inn i en autoritær rolle, å samarbeide og la pasienten ha mest mulig innflytelse. Både pasient og sykepleier må være aktive i samarbeidet. Noen mente at man ikke måtte

gå inn i en autoritær rolle, men la pasientene ha innflytelse (McCann & Baker 2001; McCloughen et al. 2011). Gardner (2010) beskriver terapeutisk innflytelse som en måte å diskret påvirke pasientene når deres mentale helse er svekket, og at man må balansere den terapeutiske relasjonen og de profesjonelle grensene kontinuerlig. Det bør være en sterk allianse før man begynner å bruke sin innflytelse, hvis ikke kan dette være ødeleggende for relasjonen. Et eksempel er hvordan de prøvde å gi pasienten mer makt ved å gi pasienten mulighet til å invitere sykepleierne inn i deres hjem, fremfor å ta det som en selvfølge, og varte de opp som en metode for å unngå at pasientene følte seg krenket (Schout 2009). Gardner (2010) beskrev dette som innflytelse, og ikke makt.

En gjensidig relasjon kalles en subjekt-subjekt-relasjon. Ved ytre styring fra hjelperne får man en relasjon preget av maktubalanse, et subjekt-objekt-forhold, noe som ikke er ideelt. Idealet er å samarbeide med pasientene, men dette kan ofte være vanskelig i noen relasjoner, særlig med pasienter som har store omsorgsbehov, og som samtidig er sårbare for maktubalanse. Hjelperne i helsetjenesten har generelt sett en tendens til å ubevisst etablere en subjekt-objekt-relasjon til pasienten. Å stille en diagnose, eller trekke en konklusjon bidrar til å se på pasienten som et objekt, framfor å sette seg inn i pasientens opplevelse. Dette kan resultere i at pasienten føler seg overstyrt. Ofte kan det som er ment som ros eller en støttende tilnærming, bidra til at pasienten føler seg styrt av andre. Da blir det andre som vurderer pasientens behov og at pasienten har vært flink. Dette gjelder særlig pasienter som har lav selvaktelse (Vatne 2009). Dette vil si at selv om det åpenbart må være en viss maktubalanse, er det viktig at sykepleier er bevisst på sin rolle og ikke bruker makt med mindre det er nødvendig.

McCann & Baker (2001) henviser til Baker (1999) og mener at samarbeidet mellom sykepleier og pasient må kalles en allianse, fremfor samarbeid (partnership), fordi en allianse innebærer maktubalanse, hvor hver part bruker sine ressurser til å bidra til at man sammen når et felles mål. Travelbee beskriver også etableringen av en felles allianse og forståelse som den femte og siste fasen i relasjonen, og at alliansen her har kommet til et nivå hvor sykepleier utvikler en spesiell evne til å forstå hverandres følelser og perspektiver. Denne fasen er preget av tillit og oppleves meningsfull og viktig for begge parter. I studiene ble det beskrevet at sykepleierne blir viktige i pasientenes liv, og påvirker de gjennom relasjonen, og at ved å bli kjent kan danne en allianse og en felles forståelse for veien videre for pasienten (Dearing 2004; Jones 2005; Gardner 2010).

Studiene beskrev empati som en viktig egenskap, og at man måtte vise forståelse for pasientenes behov, håp og drømmer. Man måtte i første omgang prøve å forstå hvordan pasientene har det, og ha fokus på hva de føler, ikke hvordan de oppfører seg, og empati er særlig viktig i

stressende/traumatiske perioder hvor pasientene har stort behov for hjelp. Å ha en empatisk holdning i slike situasjoner bidro til å forsterke relasjonen. Å anerkjenne at pasientens positive følelser er en normal respons til omsorgen bidro til å normalisere og bekrefte pasientens følelser og et viktig steg mot å etablere tillit i relasjonen (O'Brien 2000; McCann & Baker 2001; Dearing 2004; Scanlon 2006).

I følge Vatne (2009) er likeverd som noe som innebærer at partene må ha like stor rett til sin egen opplevelse. Handlinger kan fordømmes, men opplevelser av å ha behov for disse handlingene må være gyldig. Likeverd innebærer respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte, noe som igjen synes å være en forutsetning for at vanskelige følelser og opplevelser kan endres. Dersom en som hjelper fastslår hva som er riktig for andre å oppleve, kan dette skape sinne og motstand. Det vil med andre ord si at realitetsorientering kan provosere. Dette handler om at man ikke møter vedkommendes opplevelser, men snakker ut fra egne oppfatninger, altså mangel på empati.

Å forholde seg empatisk til pasienten blir av Travelbee beskrevet som den tredje fasen i relasjonen, og blir også beskrevet som viktig for å kunne forutsi pasientens reaksjoner. Travelbee definerer empati som evnen til å forstå et annet individs aktuelle psykologiske tilstand (Eide og Eide 2011). Her nevner Travelbee i likhet med flere av studiene at man bør være bevisst sine egne følelser og ta stilling til hvordan man vil forholde seg (Forchuk et al. 2000; O'Brien 2000; McCann & Baker 2001; Dearing 2004; Scanlon 2006; Katakura et al. 2010; Eide og Eide 2011).

I følge Eide og Eide (2011) ligger det et element av tilbakemelding i begrepet profesjonell empati, at man i tillegg til å oppfatte hva den andre føler må gi tilbakemelding om at følelsen er oppfattet og respektert. Det kan være både verbalt og nonverbalt. Denne studien viste at kommunikasjonsferdigheter var en av de personlige egenskapene sykepleieren burde ha. Sykepleier bør gi informasjon på en saklig måte om utvetydelige temaer og tilpasse seg ved å snakke på et språk pasienten forstår. Dette forsterket pasientenes følelse av å samarbeide (Dearing 2004; Scanlon 2006). Studiene viser at det er viktig at pasientene opplever forutsigbarhet. Dette innebærer at man som sykepleier må være kongruent, konsekvent og forutsigbar som person (Forchuk et al. 2000; O'Brien 2000; Welch 2005).

Carl Rogers beskriver i sin klientsentrerte terapi empati som viktigst for å bidra til forandring når man som hjelper forholder seg til en pasient, og beskriver at det er viktig å være genuin, ekte og kongruent. Med kongruens menes det at terapeuten fremstår som en helhetlig person og at det er overensstemmelse med hvem man gir uttrykk for å være. (Eide og Eide 2011). Inkongruens kan lett oppstå når man står ovenfor en person man ikke liker, er redd eller man ikke har tro på at man kan

hjelpe. Inkongruens kan lett skape mistillit og utrygghet hos den andre, og dermed undergrave relasjonsarbeidet (ibid.). Kongruens og forutsigbarhet blir avgjørende fordi man forholder seg til en pasientgruppe som generelt har dårligere mentaliseringsevne (Skårderud et al. 2010).

Sykepleierne erfarte at tillit bidro til en allianse og en felles forståelse for hvordan man kunne arbeide sammen, og at prosessen med å etablere tillit er avhengig av hvor mye tid man tilbringer sammen med pasientene. Dette kunne bidra til at pasientene fortalte når noe var galt, slik at de slapp å ende opp på sykehuset (O'Brien 2000; Scanlon 2006; Gardner 2010). I følge en studie av Leutwyler & Wallhagen (2010) beskriver eldre pasienter med schizofreni at tillit er en dynamisk prosess som utvikler seg gjennom samhandling med omgivelsene. Tillitsbyggende faktorer som ble nevnt var respekt, omsorg, støtte og kontinuitet. Å ikke bli respektert eller hørt, mangel på tid og tilstedeværelse fra hjelperen ble beskrevet som faktorer som påvirket tilliten i negativ retning. Pasientene beskrev tillit som essensielt for å kunne forholde seg til, samarbeide og åpne seg for helsepersonell og andre de forholdt seg til om sine helseproblemer. Dette tyder på at ved å respektere pasientene, og dermed etablere tillit, øker sjansen for at pasientene oppsøker helsevesenet dersom de har behov for det. Dette er viktig med tanke på at pasienter med schizofreni er mer utsatt for somatisk sykdom.

Travelbee mener at empati ikke er nok for å yte god sykepleie, men at man også må være sympatisk, og den fjerde fasen til Travelbee handler om overgangen fra empati til sympati. Travelbee definerer sympati som en holdning og en måte å føle og tenke på som kommuniseres til pasienten. Hun beskriver dette som dyp, personlig omtanke og interesse, og mener empati er grunnlaget for sympati. Sympati innebærer et ønske om å hjelpe pasienten, ikke fordi det er sykepleierens rolle, men fordi hun opplever pasienten som en person. (Eide og Eide 2011). Dette ble også beskrevet av sykepleiere i studiene. De beskrev at de følte omsorg, bekymring og behov for å beskytte pasientene, og at sykepleie er et yrke som er basert på omsorg og å hjelpe andre (O'Brien 2000; Scanlon 2006).

I følge studiene mente sykepleierne at å normalisere pasientenes opplevelser, og hjelpe de til å delta i samfunnet var en viktig del av arbeidet (O'Brien 2000; Dearing 2004). Begrensningene pasientene hadde på grunn av sin lidelse, handlet ikke bare om selve sykdommen, men også om deres holdninger. Mange hadde dårlig selvtillit, følte seg mindreverdige og hadde problemer med å fungere i relasjoner (O'Brien 2000). Det er viktig å øke pasientenes kunnskap og forståelse for å styrke holdninger og adferd som bidrar til å fremme selvbestemmelse. For å lære pasientene dette, må relasjonen være preget av en gjensidig allianse, hvor ikke sykepleieren står i fokus som eksperten (McCann & Clark 2004). Lazarus og Folkmans fem mestringsressurser er materielle ressurser, helse

og energi, positiv holdning, sosial støtte og mestringstro. Man vil se at det er flere utfordringer for personer med schizofreni. Flere i denne lidelsesgruppen mottar sosial stønad og fysiske og psykiske helsetilstanden er generelt dårligere hos denne lidelsesgruppen. Den sosiale støtten er ofte også mindre enn hos den generelle befolkningen (Espnes & Smedslund 2009; Heald 2010; Skårderud et al. 2010). Sykepleieren kan bidra med å hjelpe pasienten til å fremme disse mestringsressursene. Ved å lære pasientene om en sunn livsstil kan sykepleierne fremme pasientenes helse (O'Brien 2000).

I følge O'Brien (2000) beskrev sykepleierne at de hjalp pasientene med å akseptere seg selv som mennesker og prøvde å normalisere deres følelser, de beskrev at det var viktig å prøve å gi opplevelsene deres mening ga dem et signal om at man har tro på dem, dette kan bidra til å gi pasientene en positiv holdning. Mestring er nært knyttet til graden av optimisme/pessimisme, og ved å mislykkes forsterkes hjelpeløsheten. Å få pasienten til å forstå at helsen er noe en selv kan påvirke, og ikke bare noe som er utenfor ens egen kontroll er viktig (Espnes & Smedslund 2009).

Mestringstroen har også stor betydning. Dersom man har tro på at man kan mestre en oppgave, vil dette medføre økt innsats og at man ikke gir opp så lett dersom man mislykkes (Espnes & Smedslund 2009). I studiene beskrev sykepleiere at de fokuserte på fordelene med å lære og mestre nye ting i hverdagen (Dearing 2004). Økt mestring kan bidra til økt følelse av samhandling og vil trolig forsterke relasjonen ved at man oppnår mål og feirer dette sammen. Samtidig beskriver Vatne (2009) hvordan måten man gir ros på ofte kan bidra til at relasjonen utvikler seg til en subjekt-objekt-relasjon. Derfor bør det kanskje utvises forsiktighet både når man motiverer pasientene og roser de for deres framgang.

4.2 Metodediskusjon

Metoden for denne oppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie går ut fra en tydelig formulert problemstilling, som besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2008). Litteratursøket ble gjort i databasene Medline og Cinahl, fordi disse databasene egner seg best til å søke etter kvalitative studier innen sykepleie (Polit & Beck 2012).

Søkestrategien kan ha påvirket funnene. MeSH-termene nurse-patient relations, schizophrenia, psychiatric nursing og psychotic disorders ble brukt fordi de ble ansett som mest relevante i forhold til studiens hensikt. Flere søkeord og databaser kunne blitt brukt, men dette ble ikke prioritert på grunn av tid og omfang. Søkene er ikke utført på samme måte, det er forskjellig bruk av explode, focus, keyword og include subheadings, dette kan også ha påvirket eller begrenset funnene.

12 vitenskapelige artikler ble inkludert i studien, og dannet grunnlaget for å besvare problemstilling og hensikt. På grunn av krav til oppgaven og dens omfang, samt med tanke på tid og antall ord, ble dette vurdert til å være et passende antall. Oppgavens hensikt var å beskrive sykepleieres erfaringer, og alle de inkluderte artiklene var kvalitative. Kvalitativ forskningsmetode velges når man skal tolke et fenomen, erfaringer og opplevelser. Målet med kvalitative studier er å beskrive erfaringer, ikke å generalisere et tilfeldig utvalg mennesker (Forsberg & Wengström 2008; Polit & Beck 2012).

Studienes deltakere var både psykiatriske sykepleiere, sykepleiere og annet helsepersonell, og både kvinner og menn med forskjellig erfaring med psykisk helsearbeid deltok. Å velge deltakere med forskjellig erfaring øker sjansen for å belyse problemstillingen fra flere aspekter (Patton 1987; Adler and Adler, 1988, i Graneheim & Lundman 2004). Variasjon innen kjønn og alder bidrar til variasjon når fenomener skal beskrives (Graneheim & Lundman 2004). Noen av studiene var basert på både sykepleieres og pasienters erfaringer, og i denne studien ble kun sykepleieres erfaringer vektlagt.

Det totale antallet respondenter i intervju var 147, dette er et godt grunnlag til å besvare denne studien. Intervjuene ble gjort av personer med erfaring innen helsevesenet. Fordelen med at fagfolk intervjuer andre fagfolk er at mulighetene for misforståelser er mindre fordi de snakker samme språk (Dalland 2012). Samtlige av de inkluderte studiene var basert på intervju, mens 5 var i tillegg basert på observasjoner. Målet med kvalitative forskningsintervju er å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden (Kvale og Brinkmann 2009, i Dalland 2012). Observasjonsstudier gir mulighet til å forske på sosiale situasjoner der mennesker handler og samhandler. Da oppgavens hensikt var å beskrive sykepleieres erfaringer, vil studier basert på kvalitative forskningsintervju og observasjoner bidra til å besvare studiens hensikt på en god måte.

Analysen er gjort med utgangspunkt i innholdsanalyse. Det er gjort forsøk på å ta tak i meningsenhetene fra de vitenskapelige artiklene og gjengi de med samme mening i studien. Dersom meningsenhetene blir for små eller store, er det en viss risiko å miste tekstens mening i løpet av analyseprosessen (Graneheim & Lundman 2004). (Graneheim & Lundman 2004) antar at det alltid vil være en viss grad tolkning når man jobber med en tekst, og at dette kan påvirke funnene i analyse av kvalitativ forskning.

Inklusjonskriteriene begrenset søket, og bakgrunnen for inklusjonskriteriene er at hensikten var å beskrive sykepleieres erfaringer. Det var et krav at de vitenskapelige artiklene skulle være på engelsk for å finne tilstrekkelig med oppdatert og relevant forskning. Fordi målet var å finne ny og oppdatert forskning, ble det valgt å sette en tidsavgrensning for artiklenes publiseringsår. Dette kan ha utelukket mange gode, og fortsatt like relevante forskningsartikler som er skrevet før år 2000.

Alle de inkluderte artiklene er basert på sykepleieres erfaringer. Å dele sine opplevelser med andre er å utlevere seg selv, og derfor vil det bli vurdert om det er tatt hensyn til anonymitet, taushetsplikt og informert, frivillig samtykke i forskningsartiklene som skal brukes. Informert, frivillig samtykke betyr at de som involveres i forskning, gjør dette med vitende og vilje på et fritt og selvstendig grunnlag. (Dalland 2012). Alle de inkluderte artiklene ble ansett for å være av god nok kvalitet til å inkluderes i denne studien. At studiene er publisert i anerkjente databaser er også vurdert som en kvalitetssikring.

11 av de 12 inkluderte studiene er gjort i vestlige land, og vil sannsynligvis være overførbare til norsk helsevesen. En studie ble gjennomført i Japan, og selv om helsevesenet i Japan er preget av flere pasienter i institusjon (Katakura et al. 2010), er studiens resultat av interesse og relevans for denne studien.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å beskrive sykepleieres erfaringer med å etablere relasjoner med personer med psykiske lidelser, med hovedfokus på schizofreni. Ut fra resultatet av denne studien kan man si at prosessen med å danne en relasjon starter allerede før sykepleier og pasient møtes, og at de erfaringer, kunnskaper og holdninger i forhold til lidelsesgruppen som sykepleieren har med seg i møte med pasienten er av stor betydning. Ved å bli kjent med hverandre både personlig og profesjonelt utvikler sykepleier og pasient en felles forståelse og en samarbeidsallianse for veien videre. Empati og anerkjennelse spiller en viktig rolle. At samarbeidet foregår innen trygge rammer er viktig både for pasient og sykepleier. Trygghet og tilstedeværelse skaper tillit, og dette er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten til å mestre sine opplevelser og fungere best mulig i samfunnet. Selv om en likeverdig relasjon der begge deltar aktivt i samarbeidet må tilstrebes, bør også sykepleier være bevisst sin rolle som hjelper og at det er en viss maktubalanse til stede. Sykepleier må balansere sin bruk av makt eller innflytelse ut fra pasientens funksjonsnivå.

For å oppsummere denne prosessen kan man trekke fram følgende punkter som hensiktsmessige for å etablere en relasjon med pasienter med schizofreni:

- Å etablere en relasjon er en prosess som tar tid
- Det er en fordel at sykepleier har kompetanse i å etablere relasjoner, kommunikasjonsferdigheter, samt kunnskap om psykiske lidelser
- Sykepleierens holdninger mot pasienten er avgjørende, og en empatisk holdning og en likeverdig relasjon basert på respekt for det enkelte individ bør tilstrebes
- Tillit er essensielt for tryggheten for både sykepleier og pasient, og krever gjensidig respekt, tid, tilstedeværelse og kontinuitet.
- Sykepleieren skal være en hjelper som skal bidra til å normalisere pasientens liv og opplevelser for å kunne bli en del av samfunnet
- Sykepleieren er den profesjonelle hjelperen, og må være bevisst på sin bruk av makt og innflytelse, og balansere dette etter pasientens behov

Referanser

- Buhagiar, K., L. Parsonage & D. Osborn. 2011. Physical health behaviors and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with nonpsychotic mental illness. *BMC Psychiatry*, 11:104.
- Cooper, J., S. G. Mancuso, R. Borland, T. Slade, C. Galletly & D. Castle. 2012. Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: The second Australian survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46 (9): 851-863.
- Dalland, O. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. 2012. *Forskningsetisk sjekklister*.
<<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekklister/>> [Lest 17. mars.2013]
- Dearing, K. S. 2004. Getting It, Together: How the Nurse Patient Relationship Influences Treatment Compliance for Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18 (5): 155-163.
- Forchuk, C., J. Westwell, M-L. Martin, W. Bamber-Azzopardi, D. Kosterewa-Tolman & M. Hux. 2000. The Developing Nurse-Client Relationship: Nurses' Perspectives. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6: 3-10.
- Forsberg, C. & Y. Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2 utg. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Eide, H. & T. Eide. 2011. *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Espnes, G. A. & G. Smedslund. 2009. *Helsepsykologi*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gardner, A. 2010. Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse*, 34 (2): 140-148.
- Graneheim, U. H. & B. Lundman. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24: 105-112.
- Heald, A. 2010. Physical health in schizophrenia: a challenge for antipsychotic therapy. *European Psychiatry*, 25: 6-11
- Jones, A. 2005. Perceptions on individualized approaches to mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12: 396-404.
- Katakura, N., N. Yamamoto-Mitani & K. Ishigaki. 2010. Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19: 102-109.
- Linden, M. & R. Kavanagh. 2012. Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6): 1359-1368.

- Leutwyler, H. C. & M. I. Wallhagen. 2010. Understanding Physical Health of Older Adults with Schizophrenia: Building and Eroding Trust. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(5): 38-45.
- McCann, T. V. & H. Baker. 2001. Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4): 530-537.
- McCann, T. V. & E. Clark. 2004. Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11: 12–20.
- McCloughen, A., D. Gillies & L. O'Brien. 2011. Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20: 47–55.
- McGrath, J., S. Saha, D. Chant & J. Welham. 2008. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1): 67-76.
- Misdrahi, D., M. Petit, O Blanc, F. Bayle, P-M. Lorca 2012. The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66: 49-54.
- Norsk Folkehelseinstitutt 2009. *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 8/2009. Oslo: Norsk Folkehelseinstitutt.
- Norsk Folkehelseinstitutt. 2010. *Pasientstatistikk 2003-2006. Psykisk helsevern for voksne*. Rapport 3/2010. Oslo: Norsk Folkehelseinstitutt.
- O'Brien, L. 2000. Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9: 184-194.
- Perälä J. Suvisaari J. Saarni SI. Kuoppasalmi K. Isometsa E. Pirkola S. Partonen T. Tuulio-Henriksson A. Hintikka J. Kieseppa T. Harkanen T. Koskinen S. Lonnqvist J. 2007. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1): 19-28.
- Polit, D. F., & C. T. Beck. 2012. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9. utg. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Scanlon, A. 2006. Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13: 319–329.
- Schout, G., G. De Jong & J. Zeelen. 2010. Establishing contact and gaining trust: an exploratory study of care avoidance. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2): 324–333.
- Skårderud, F., S. Haugsgjerd & E. Stänicke 2010. *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statens Helsetilsyn 2000. *Schizofreni – Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- van Meiljel, B., M. van der Gaag, R.S. Kahn & M.H.F. Grypdonck. 2003. Relapse prevention in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3): 117-125.

Vatne, Solfrid. 2009. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vuckovich, P. K. 2009. Strategies Nurses Use to Overcome Medication Refusal by Involuntary Psychiatric Patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 30: 181–187.

Welch, M. 2005. Pivotal moments in the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14: 161–165.

World Health Organization 1993. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Genève: WHO.

Vedlegg:

Tabell 1, søketabell:

Database/dato	Begrensninger	Søkeord	Treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Inkludert
Medline 21.03.13	Engelsk 2000-2013	Nurse-patient relations* AND Schizophrenia*	89	24	15	5	4
Cinahl 21.03.13	Engelsk 2000-2013	Nurse-patient relations*** AND Schizophrenia****	38	10	4	1	1
Medline 06.04.13	Engelsk 2000-2013	Nurse-patient relations** AND Psychiatric nursing**	284	46	15	7	6
Medline 06.04.13	Engelsk 2000-2013	Nurse-patient relations* AND Psychotic disorders*	41	11	1	1	1

* Her ble det søkt med keyword, focus/major concept og explode

** Her ble det søkt med focus & explode

*** Søkt med major concept, keyword & include all subheadings

****Søkt med major concept, explode, keyword & include all subheadings

Tabell 2, oversikt over inkluderte artikler:

Forfatter/år/land	Hensikt	Design	Deltakere/"bortfall"	Hovedresultat
Dearing 2004 USA	Beskrive hvordan sykepleiere kan tilnærme seg pasienter med schizofreni for å forbedre behandlingscompliance	Observasjoner og intervju	5 sykepleiere	Sykepleier og pasient må bli kjent med hverandre. Det er også viktig med sosial interaksjon, normalisere og feire sammen med pasientene
Forchuk et al. 2000 Canada	Hensikten var å beskrive sykepleier-pasient-relasjonen fra sykepleiernes perspektiv og sammenligne disse med Peplaus teori	Intervju og observasjoner	10 sykepleiere	Kontinuitet, pacing, lytte, positivt førsteinntrykk, balansere kontrollen og omsorg bidro til en positiv utvikling av relasjoner
Gardner 2010 Australia	Å undersøke hvordan psykiatriske sykepleiere etablerer terapeutiske relasjoner og hvordan de opprettholder profesjonelle grenser	Intervju	15 psykiatriske sykepleiere	En vennlig tilnærming fører til et terapeutisk engasjement hvor en felles forståelse og tillit utvikler seg videre til en terapeutisk relasjon og til slutt en terapeutisk allianse
Jones 2005 Wales, UK	Å beskrive hvordan psykiatrisk helsepersonell gikk gjennom prosessen med å utvikle og gjennomføre en omsorgsstrategi for pasienter med schizofreni	Observasjoner og intervjuer	11 deltakere Sykepleiere og annet helsepersonell	Tilnærmingen må være individuell

Katakura et al. 2010 Japan	Å beskrive sykepleiernes holdninger mot pasienter med schizofreni som førte til god omsorg og positive resultater	Intervju	7 sykepleiere i hjemmesykepleien	Være bevisst sine fordommer og se på pasienten som likeverdig
McCann & Baker 2001 Australia	Å undersøke hvordan sykepleiere utvikler mellommenneskelige relasjoner med unge voksne i en tidlig fase av sykdommen	Intervju og observasjon	24 psykiatriske sykepleiere	Forståelse, vennlighet, gi av seg selv, tilpasse seg, være der for pasienten og ivareta taushetsplikten ble nevnt som viktige faktorer
McCloughen et al. 2011 Australia	Å undersøke om pasienter og sykepleiere i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling hadde samme forståelse av sykepleier-pasient-samarbeid	Fokusgruppeintervju og spørreundersøkelse	13 sykepleiere deltok på fokusgruppeintervju 118 av 34 sykepleiere deltok i spørreundersøkelse	Sykepleiere og pasienter må danne en felles forståelse og samarbeide Samarbeidet var ble utfordret av makt, kunnskap og kompetanse
O'Brien 2000 Australia	Belyse betydningen av relasjonen mellom sykepleiere og pasienter med alvorlig psykisk sykdom, og hvilke egenskaper sykepleierne bruker for å utvikle disse relasjonene	Intervju	5 sykepleiere	Sykepleiernes erfaring var at tilstedeværelse, omsorg og tillit for å hjelpe pasientene til å fungere i samfunnet var viktig for å etablere en relasjon
Scanlon 2006 Irland	Å undersøke hvilken forståelse sykepleierne hadde av utviklingen av terapeutiske relasjoner	Intervju	6 psykiatriske sykepleiere	Kombinasjon av erfaring og personlige egenskaper Egenskapene, holdningene og kunnskapen dannes gjennom sosialisering og læring

Schout et al. 2010 Nederland	Å undersøke helsepersonells personlige egenskaper som førte til at de etablerte tillit hos pasienter som ikke ville motta den hjelpen de trengte	Observasjon og intervju	20 helsepersonell	En rekke personlige egenskaper ble nevnt, blant annet medfølelse, engasjement, lojalitet, fleksibilitet, optimisme og tålmodighet.
Vuckovich 2009 USA	Å utvikle en forståelse for hvilke strategier sykepleierne bruker for å møte pasienter som som ikke vil ta medisinen frivillig	Intervju	17 sykepleiere	Sykepleierne bruker individuelle tilnærminger
Welch Canada 2005	Undersøkte hva psykiatriske sykepleiere mente utgjorde en forskjell i relasjonen med pasienter	Intervju	6 psykiatriske sykepleiere	Tillit, makt, likeverd, å gi av seg selv, kongruens og autensitet var av betydning i en terapeutisk relasjon

Tabell 3, analyse:

Meningsenhet	Subkategori	Kategori
Sykepleierne erfarte at det var viktig at de hadde kunnskap om psykiske lidelser, deres symptomer og virkning/bivirkning av medisiner Personlige egenskaper til å bygge relasjoner og kommunisere var viktig	Sykepleiere må ha kunnskap om psykiske lidelser, kommunikasjon og om relasjonsbygging	Sykepleierens forkunnskap og holdninger er avgjørende
Sykepleierens motivasjon innad det tverrfaglige teamet hadde mye å si Det var viktig å ha en optimistisk, positiv og ikke-dømmende holdning	Positive holdninger var viktig	
Sykepleiere må være bevisst sine fordommer og legge disse til side Det er viktig med selvinnsikt og bevissthet rundt sine egne følelser Mangel på sympati, frykt ovenfor pasienten og at man følte seg ukomfortabel med pasientene og dermed unngikk de		
Det er viktig å se på pasientene som likeverdig og behandle de på lik linje med andre mennesker Man må unngå å ha en konfronterende eller nedlatende tone	Det er viktig å respektere pasienten som et likeverdig menneske	
Relasjonen bør ha de samme kvalitetene som vennskap Det er hensiktsmessig at sykepleier og pasient har en god tone og setter pris på relasjonen Å gi av seg selv personlig styrket tilliten Sykepleierne brukte humor for å få pasientene til å føle seg komfortable	Relasjonene må ha noen av de samme kvalitetene som et vennskap	Sykepleier og pasient må bli kjent med hverandre
Sosial interaksjon gjennom å snakke sammen og dele interesser er nødvendig Humor er et virkemiddel som kan gjøre stemningen mer avslappet		
Det er viktig å bli kjent personlig for å kunne forstå pasientenes sykdom og deres ønsker best mulig Det er upassende dersom relasjonen blir for nær/personlig Det ble beskrevet som viktig med definerte roller, grenser og forventninger	Man må bli kjent personlig, men det er nødvendig at relasjonen holder seg på et profesjonelt nivå	

<p>Å bli kjent er en prosess som krever at man tilbringer mest mulig tid med pasienten</p>	<p>Det tar tid å danne en felles forståelse</p>	
<p>Man kunne lære om sykdommen i fellesskap med pasienten</p> <p>Ved å bli kjent kunne man danne en allianse og samarbeide med pasienten</p>		
<p>Sykepleieren må fremstå som en ærlig åpen og troverdig person</p>	<p>At pasientene opplever trygghet ble beskrevet som avgjørende for relasjonen</p>	<p>Tillit er essensielt for relasjonens utvikling</p>
<p>Sykepleier må ivareta taushetsplikten</p> <p>Det er viktig å være bevisst på hvordan man forholder seg til pårørende</p>		
<p>Kontiunitet, faste rutiner og fast personale var viktig for å gi pasientene forutsigbarhet</p> <p>Å være en forutsigbar og konsekvent person var også viktig</p>	<p>Sykepleieren må sørge for at pasienten opplever forutsigbarhet</p>	
<p>Sykepleier må lytte til pasienten og gi de mulighet til å snakke</p> <p>En empatisk holdning forsterket relasjonen</p>	<p>Sykepleierens rolle er å være en profesjonell hjelper</p>	<p>Å være der for pasientene</p>
<p>Sykepleierne beskrev at de følte omsorg for pasientene</p> <p>Man må vise pasientene at man bryr seg</p>		
<p>Sykepleier må tilbringe tid med pasientene og tydeliggjøre sin stedevarrelse</p> <p>Kontiunitet og forutsigbarhet var viktig</p>	<p>Tilstedeværelse, forutsigbarhet og kontiunitet var avgjørende</p>	

<p>Sykepleierne bidro til å sette pasientenes tanker i normale sammenhenger</p> <p>Sykepleierne ga av seg selv for at pasientene skulle identifisere sine egne problemer med sykepleierens og det kunne bidra til å normalisere pasientenes følelser og problemer.</p> <p>Sykepleierne feiret sammen med pasientene når de nådde sine mål og gjorde framskritt</p>	<p>Sykepleier må bidra til å normalisere pasientenes liv og opplevelser</p>	
<p>Sykepleier må bidra til at pasienten fungerer best mulig i dagliglivet og unngår sosial isolering ved å tøyne grensene</p> <p>Sykepleierne lærte pasientene hvordan de kunne etablere en sunn livsstil</p>	<p>Sykepleierne bidro til at pasientene skulle fungere best mulig i dagliglivet</p>	
<p>Sykepleierne må tilpasse seg pasientens dagsform og kommunisere på deres nivå noe som styrket følelsen av å samarbeide</p> <p>Sykepleier må være fleksibel og være åpen for å måtte komme tilbake dersom pasienten ikke var åpen for samarbeid</p>	<p>Sykepleierne må tilpasse seg pasientene der de er på det aktuelle tidspunktet</p>	<p>Sykepleieren må sørge for balanse</p>
<p>Både sykepleier og pasient må være aktive i samarbeidet</p> <p>Sykepleier må ikke gå inn i en autoritær rolle, men la pasienten ha innflytelse</p> <p>Sykepleier må balansere sin makt etter pasientens evne til å ta avgjørelser</p>	<p>Sykepleierne var bevisst maktubalansen og måtte balansere graden av innflytelse etter pasientenes behov</p>	
<p>Man må komme så nær som mulig for å kunne bruke sin innflytelse, og samtidig unngå å komme for nær for å opprettholde en profesjonell relasjon</p>	<p>Nærhet/distanse måtte også balanseres, slik at man opprettholdt profesjonelle grenser</p>	