

# EKSAMEN

Emnekode:

MPH 465

Kandidatnavn:

Lena Mari Moen og Kari Dahle Åfløy

---

## Spør de som vet

Hvilke egenskaper hos hjelpere fremmer bedringsprosessen?

## Ask those who know

Which qualities of the health care professionals promotes the recovery processes?

---

Dato: 13.05.2016

Totalt antall ord: 6436



## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Som sykepleiere ved sengepost ved et DPS, har vi erfart at hjelpere ofte har utarbeidet behandlingsplaner på brukernes vegne og at de har blitt gitt liten innflytelse på utformingen av denne. Dette til tross for det har vært mer fokus på ansvarliggjøring og brukermedvirkning de siste årene.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å finne hva brukere opplever som effektfulle egenskaper hos hjelpere for å fremme deres bedringsprosess.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie der det ble søkt gjennom relevant forskning og teori for å besvare problemstillingen.

**Resultat:** Seks hovedkategorier fremkom av analysen. Disse var evne til å skape en god relasjon, ha gode mellommenneskelige holdninger, evne til å være fleksibel, ha gode kommunikasjonssevner, evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet og ha god fagkompetanse

**Diskusjon:** Slik vi ser det er det et kanskje ikke behov for å forske mer på hvilke egenskaper hos hjelpere som har betydning for bedringsprosessen, men derimot å undersøke hvordan man kan skape anerkjennelse for brukernes erfaringer og heve disse opp på et terapeutisk nivå? Dette vil utfordre utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet til å skape en arena for anerkjennelse og utvikling av personlige egenskaper og den betydningen det har for brukernes bedringsprosess.

## **Nøkkelord:**

Psykiske helsetjenester, hjelper- bruker relasjon, brukererfaringer, bedringsprosesser, alvorlige psykiske lidelser.

## **Innhold**

<b>1. INTRODUKSJON .....</b>	<b>5</b>
1.1. Problemstilling .....	7
1.2. Begrepsavklaring .....	7
<b>2. METODE .....</b>	<b>9</b>
2.1. Søkestrategi .....	10
2.1.1. Avgrensning .....	10
2.1.2. Valg av databaser .....	10
2.2. Utvalgsstrategi .....	13
2.3. Analyse .....	15
2.4. Forskningsetiske overveielser .....	17
<b>3. RESULTAT .....</b>	<b>18</b>
3.1. Evne til å skape en god relasjon .....	18
3.2. Ha gode mellommenneskelige holdninger .....	19
3.3. Evne til å være fleksibel .....	19
3.4. Gode kommunikasjonsferdigheter .....	20
3.5. Evne til å se bruker som deltaker i det vanlige livet .....	20
3.6. God fagkompetanse .....	21
<b>4. DISKUSJON .....</b>	<b>22</b>

<b>4.1. Resultatdiskusjon .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2. Metodediskusjon.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3. Avslutning .....</b>	<b>28</b>
<b>Litteratur .....</b>	<b>29</b>
<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>1</b>
<b>Vedlegg 2 .....</b>	<b>2</b>
<b>Vedlegg 3 .....</b>	<b>9</b>

# 1. INTRODUKSJON

Som sykepleiere med erfaring fra sengepost og poliklinikk for voksne ved et DPS, har vi erfart at brukere i behandlingsforløpet ofte kan bli ivaretatt forskjellig, slik at ivaretagelsen kan bli preget av hjelpers personlige oppfatning av hva som er best for den enkelte, noe som kan medføre at brukere blir lite delaktig i utformingen av egen behandlingsplan. Vi ønsker derfor å se på hva brukere med alvorlige psykiske lidelser mener er viktige egenskaper hos hjelpere for å fremme bedringsprosessen. Dette for å bevisstgjøre hjelpers rolle i prosessen.

Psykiske helseproblemer og lidelser er svært vanlige i befolkningen, og i et globalt perspektiv rangerer psykiske lidelser på tredjeplass med 21 % av verdens sykdomsbyrde. Den årlige forekomsten av psykiske lidelser i Europa er anslått til 32 %, noe som omfatter 164,8 millioner mennesker i 2010 (Mykletun & Knudsen, 2009). I Norge tilsvarer dette 30 % og omtrent halvparten av den norske befolkningen vil i løpet av livet bli rammet av en psykisk lidelse (Mykletun & Knudsen, 2009). Selv om forekomsten av psykiske lidelser er relativt høyt, er det viktig å fastslå at mange mennesker kommer seg etter alvorlige psykiske lidelser (Borg, Karlson & Stenhammer, 2013). For eksempel viser oppfølgingsstudier knyttet til diagnosegruppen schizofreni at mellom halvparten og to tredjedeler av disse personene "kommer seg" (Borg & Topor, 2014).

Som et ledd i *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (St.prp.nr. 63 (97-98)) har utviklingen av psykiske helsetjenester de senere årene ført til økt fokus på bedring og bedringsprosesser. Innenfor disse tjenestene og i psykiske helsevern snakkes det om "å komme seg", "bedring", "recovery", "rehabilitering", "ferdigbehandling", "tilfrisknet", "helbredelse", "bli frisk" og i "remisjon" (Borg & Topor, 2014). I bedringstenkingen er det en grunnholdning at vi alle er en del av den samme menneskeheten, ingen skal få merkelappen "så kronisk syk" at vedkommende ikke kan leve et selvstendig, verdig og meningsfullt liv. Vi mennesker har de samme rettighetene, vi har ressurser, kompetanse og vekstmuligheter. Det handler om å jakte på ressursene i seg selv sammen med andre (Borg et al., 2013). Småting kan få en avgjørende betydning og spesielle øyeblikk kan bli til vendepunkter. Dette er også tilfellet hos mennesker som har erfart psykiske lidelser. Livet og hverdagen består av mye mer enn symptomer og problemer, og det er viktig å få fram at mange som rammes av psykiske lidelser får det betydelig bedre (Borg & Topor, 2014).

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og innebærer at brukeren skal gis innflytelse på utformingen av tjenester både på system- og individnivå. Dette er forankret i blant annet Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), Helsepersonelloven, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt i St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*, sier dette om brukermedvirkning:

Reell brukerinnflytelse forutsetter at forvaltning, fagprofesjoner og behandlingsapparat er bevisst og kritisk til sin egen maktposisjon og legger myndiggjøring av brukeren til grunn for sitt arbeid. Dette innebærer at brukerne tilføres økt makt og innflytelse og i størst mulig grad settes i stand til selv å ta valg. Slik skal alle sikres muligheten til å kunne leve et mest mulig meningsfullt og selvstendig liv til tross for sykdom eller funksjonstap. Helse- og sosialtjenestens virksomheter og faggrupper utfordres til å klargjøre og bevisstgjøre sitt fagetiske ståsted i forhold til dette. Samtidig må både de økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler innrettes slik at brukernes stilling styrkes.

[\(Regjeringen.no\)](#)

Brukermedvirkning er som nevnt ovenfor en lovfestet rettighet, men det kan etter vår erfaring være store forskjeller på hvor mye medvirkning brukere har i beslutningsprosesser.

Veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet 2014), legger vekt på at brukeren skal være den viktigste aktøren i endrings- og mestrings arbeidet knyttet til egen helse- og livssituasjon. De skal også ha stor innflytelse på utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Forskning om bedringsprosesser med utgangspunkt i brukers erfaringer har bidratt til økt forståelse av brukeres innflytelse som en vesentlig suksessfaktor for terapien. Det er en klar sammenheng mellom forhold som kan bidra til tilfriskning og behandlingssuksess, grad av medvirkning og selvbestemmelse (Norvoll, 2013).

I følge Borg og Topor (2014) uttrykker Opptrappingsplanen forventninger til utvikling og endring både av bruker- og hjelperroller, og til en større tilpasning av etter- og videreutdanninger i forhold til brukernes behov. Arbeidet med å innfri forventninger i Opptrappingsplanen tok lengre tid enn forventet, og den ble forlenget til 2008. Utfordringene med planen var at omstrukturering av tjenester og tjenestetilbud krevde mye tid og ressurser – ikke minst på kommunalt nivå. Det kom også fram behov for utvidelse av kunnskapsgrunnlag generelt, noe som er tidkrevende (Karlson & Borg, 2013). Hvordan brukernes behov skal avklares eller defineres er fortsatt uklart og det er mange synspunkter på hvilken type kompetanse som trengs. Med satsning på økt brukermedvirkning kan en stå overfor ulike

utfordringer; Hvilke endringer i holdninger, tjenester og samarbeidsformer vil være nødvendige? Hva er det brukerne selv opplever som bidrar til bedring? Og vil fagmiljøene anerkjenne tidligere og nåværende brukeres erfaringer? (Borg & Topor, 2014).

I en idemyldring omkring temaet i forkant av studien fant vi artikkelen *En fagrolle i endring* (Olsø, 2015). Der hevdes det at fagrollen er i en endringsprosess, fra å være ekspert på brukerens liv til å bli en fagperson som støtter brukerens egne valg for hvordan problemer og utfordringer skal håndteres. Det ble også fremhevet betydningen av at fagpersonene ikke "tar over" folks liv, men være støttende i forbindelse med hverdagslig problemer uten at de "påtvinger folk sin egen måte å leve på". Begrepet *fagrolle* omhandler, slik vi ser det er hjelperens personlige og faglige kompetanse.

Med utgangspunkt i dette har vi valgt følgende problemstilling:

## **1.1. Problemstilling**

**Hvilke egenskaper hos hjelpere opplever brukere med alvorlige psykiske lidelser fremmer deres bedringsprosess?**

## **1.2. Begrepsavklaring**

- Med *hjelper* menes helsepersonell/fagperson uansett fagområde. Dette medfører for eksempel at *nurse* oversettes til *hjelper*.
- Vi velger begrepet *bruker* som betegnelse for personer som er i en behandlingsrelasjon.
- Med *egenskaper* hos hjelpere mener vi faglig og personlig kompetanse.



- *Bedringsprosesser/recovery*. Vi velger å bruke *recovery* som søkeord, men vi vil benytte den norske benevnelsen *bedringsprosesser* i besvarelsen. Vi har valgt følgende definisjon av begrepet:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller: Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og muligheter til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer: recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg.

(Anthony 1993 s.17 oversatt i Borg et al. 2013, s.10)

- *Psykisk lidelse* er symptomer som påvirker tanker, atferd, væremåte og samvær med andre (Mykltun & Knudsen, 2009).
- *Alvorlige psykiske lidelser*. Omhandler schizofreni, bipolare lidelser (mani og depresjon), alvorlig depresjon med psykotiske symptomer og alvorlige personlighetsforstyrrelser (Gråwe, 2004)

## 2. METODE

Metode er "en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare" (Dalland, 2000, s. 71).

Problemstillingen i oppgaven skal besvares ut fra en systematisk litteraturstudie. For oss vil det si å velge ut og analysere (Forsberg & Wengstrøm, 2008) 12 vitenskapelige artikler. Krav til vitenskapelige publikasjoner er kvalitetssikring ut fra spesifikke kriterier. Publikasjonene skal blant annet være tilgjengelige for dem de er ment for, presentere ny innsikt, være etterprøvbare og de skal være fagfellevurdert. De enkelte tidsskrift/journaler og databaser har egne kriterier som må oppfylles før publisering, og fagfellevurdering er en av kriteriene. Fagfellevurdering vil si at andre forskere som er spesialister på aktuelt fagområde vurderer og kontrollerer artikkelens innhold; fakta/data, tolking og bearbeiding. De kan komme med innvendinger som artikkelforfattere/forskere må etterfølge før publisering ( Kilvik & Lamøy, 2007) .

En viktig del av et systematisk studium er å tydelig definere hva hensikten med studiet er. Det må finnes klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, og kriterier for kvalitetssikring av de studier som skal danne grunnlaget. (Bjørndal et al. 2007).

Artiklene i studiet er *kvalitative studier*; et design som er hensiktsmessig for å få fram erfaringer på for eksempel tjenester, og er mye brukt innen helseforskning for å få fram brukerens stemme. Utvalget som benyttes er ofte et strategisk utvalg; deltakere som kan si noe om problemstillingen. Det er forskerens erfaringer og kunnskap som danner bakgrunn for tolking og vektlegging av data. En drøfting av funn sammen med flere forskere kan for eksempel gi en kvalitetssikring av resultat (Bjørndal et al., 2007).

Flere av artiklene våre har et fenomenologisk perspektiv på funn. Det vil si at brukernes erfaringer blir sett i sammenheng med egne erfaringer og samfunnet for øvrig. Dette fordi det er en allmenn forståelse av at sykdom og helse henger sammen med ytre påvirkninger og at økt kunnskap om denne sammenhengen er viktig for å kunne etablere best mulig tjenestetilbud (Norvoll, 2013).

## **2.1. Søkestrategi**

Søkeordene har utgangspunkt i problemstillingen, og hva vi selv tenkte kunne være naturlig. Vi brukte databasenes emneordsystem for å spisse søkeordene (Kilvik & Lamøy, 2007). Vi eksperimenterte med de forskjellige søkeordene. Både alene og i kombinasjon med de forskjellige *boolske operatører* - AND, OR og NOT - som i kombinasjon med flere søkeord enten gir treff som bare inneholder brukte søkeord (AND), eller treff på søkeordene hver for seg og begge samtidig (OR). Bruken av NOT utelukker nevnte ord/begrep. Det er viktig å være oppmerksom både på mulighetene og begrensningene bruken av boolske operatører gir; de kan spisse søkene, men spissingen kan også føre til at en mister relevante referanser (Kilvik & Lamøy, 2007). Fullstendig oversikt over søkeord finnes i Tabell 1. Vi har også brukt noen manuelle søk; søk i spesielle tidsskrift eller artikler funnet i andres referanselister (Kilvik & Lamøy, 2007).

### **2.1.1. Avgrensning**

Våre søk er til en viss grad preget av *snowballing*; der et søk leder til et nytt, og så videre (Forsberg & Wengstrøm, 2008), men vi har hatt følgende kriterier for valg av artikler/studier: Funn skal være representert i vitenskapelige artikler (primærlitteratur) og representere brukere over 18 år med alvorlig psykisk lidelse og som er hjemmeboende. Tidsperspektivet i relasjonen med hjelper er ikke av betydning. Studiene er fra land vi mener vi kan sammenligne oss med kulturelt og sosialt.

På grunn av oppgavens begrensninger velger vi å ikke diskutere begrepet empowerment, samtidig vil vi understreke betydningen av empowerment som en av de viktigste faktorene i bedringsprosessen.

Artiklene er, med to unntak, fra perioden 2005 - og fram til i dag. Artiklene utenfor årstallsbegrensningen er fra 2001 og 2004. Vi valgte likevel å ta de med fordi de kom med gode innspill for å belyse problemstillingen.

### **2.1.2. Valg av databaser**

Vi har benyttet et utvalg av anerkjente databaser i vårt litteratursøk. Vi hadde liten erfaring med de enkelte basene ved oppstart. Vårt endelige valg begrunner vi her:

**Medline:** Dette er en av de viktigste medisinske databasene. Dette er en referansedatabase, men med linker til fulltekstdatabaser, og inngår i tilbudet fra Helsebiblioteket. De fleste artiklene er vitenskapelige, men de har også noen artikler fra tidsskrift, aviser og lignende (Kilvik & Lamøy, 2007). Vi benyttet denne basen mye, og opplevde at vi fant det vi lette etter.

**PSYCinfo:** Denne basen dekker fagområdet psykologi - både i seg selv, og opp mot andre fagområder. Dette er også en referansedatabase med linker til fulltekstutgaver og tidsskrift. Inngår i tilbudet fra Helsebiblioteket og oppdateres ukentlig. Vitenskapelig nivå (Kilvik & Lamøy, 2007). Denne basen ble et naturlig valg for oss.

**Tabell 1 Oversikt over søkeord**

<b>Søkeord</b>	<b>Medline</b>	<b>PsycInfo</b>
<b>mental health services</b>		17522
<b>nurse-patient relationship 1</b>		163
<b>nurse-patient relationship 2</b> tesauri; psychiatric nurses		1632
<b>nurse-patient relationship 3</b> tesauri; therapeutic processes, <b>psychiatric nurses AND</b> <b>interpersonal relationship</b>		79450
<b>patient experiences 1</b>		690
<b>patient experiences 2</b> tesauri; clients satisfaction		3215
<b>user experience</b> tesauri; human factors engineering		7079
<b>Søkeord</b>	<b>Medline</b>	<b>PsycInfo</b>
<b>severe mental illness 1</b> tesaur; mental health, empowerment, decision making		68893
<b>severe mental illness 2</b> tesaur; empowerment, mental health services		23 145
<b>therapeutic alliance</b> tesaur: working alliance		3285
<b>turning points</b>		839
<b>mental health care</b>	3832 a)	6456
<b>recovery</b>		31916

<b>recovery processes</b>	315 a)	228
<b>recovery processes</b> <b>Full text</b> Subject heading: mental disorder subheadings: nursing, psychology, rehabilitation, therapy	13735 b)	
<b>recovery processes</b>	via helsebiblioteket 11420	
<b>client perspective</b>	via helsebiblioteket 4419	
<b>empowerment</b>	3964 a)	
<b>empowerment</b> subject headings: mental disorder subheadings: nursing, psychology, rehabilitation, therapy	5203 b)	
<b>users experiences</b> subject heading: patient-centered care	9271	
<b>patient participation</b> Subject heading: patient participation subheadings: psychology	1842	
<b>patient experience</b> subject headings: patient satisfaction, adult, quality of health, quality improvement	1570031	

## 2.2. Utvalgsstrategi

Tabell 2 Oversikt over søk

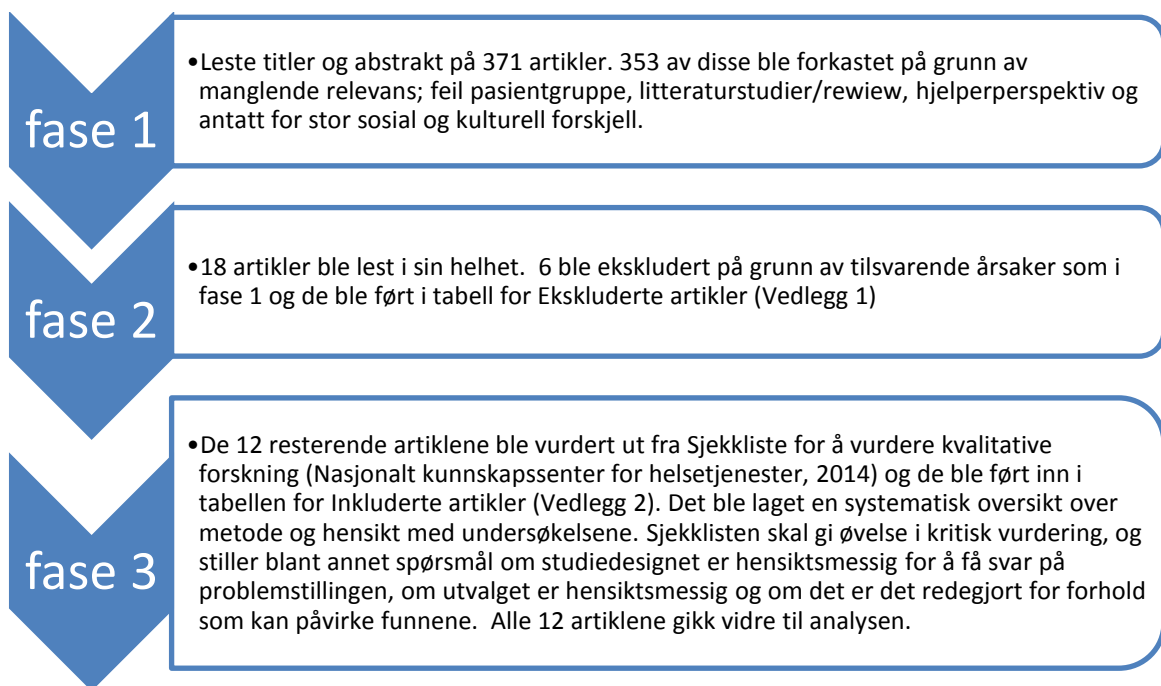
Database	Søkeord	Fase 1	Fase 2	Fase 3
PsycINFO	nurse-patient relationship 1 AND patient experiences 1 AND mental health services	1	1	1
PsycINFO	recovery processes AND mental health services	18	1*	1*
PsycINFO	patient experience 2 AND nurse-patient relationship 2	8	1	1
PsycINFO	turning points AND mental health care	1	1	1
PsycINFO	nurse-patient relationship 3 AND recovery processes	17	1	1
PsycINFO	severe mental illness 2 AND therapeutic alliance	136	1	1
PsycINFO	recovery AND user experience AND severe mental illness 1	3	1	1
Medline	mental health care AND nurse-patient relation	70	1	0
Medline	empowerment b) AND recovery processes b) AND patient experience	81	4	0
Medline	empowerment AND a) recovery processes a)	8	2*	1*
	Manuelle søk **	3	3	3
Oria	Fritekst søk ***	1	1	1
Medline via Helsebiblioteket	Recovery processes AND client perspective	24	1	1
		371	18	12 til analyse

\* En artikkel funnet på flere søk

\* **\*Manuelle søk.** 3 artikler ble funnet på andre forfatteres litteraturliste; en artikkel av Borg og Davidson (2008) og en av Borg og Kristiansen (2004) ble funnet via artikkel av G. Moran m. fl. (2014) (se ekskluderte artikler). Den tredje artikkelen, av O`Brien (2001), ble funnet på litteraturlista til Olsø, Almvik og Norvoll (2014).

\*\*\* **Fritekstsøk** i Oria (på grunn av mangelfull VPN- tilgang) ga treff på en artikkel av Olsø et al. (2014).

## Søkeprosessen



## **2.3. Analyse**

Vår analyse er en manifest innholdsanalyse (Forsbeg & Wengström, 2013) - det vil si en systematisk og objektiv gjennomgang av funn for så å kunne presentere tydelige mønster og tema som kommer fram.

For å lage en samlet presentasjon over funn i de forskjellige artiklene må det utføres en innholdsanalyse (vedlegg 3) såkalt koding av innhold (Forsbeg & Wengström, 2013; Tjora, 2010). Hovedfunnene fra studiene fant vi både presentert i abstraktene og i egne kapitler og utsagn. Funn relatert til problemstillingen ble satt i tabell for innholdsanalyse i kolonnen for "hovedfunn". Hovedfunnene ble deretter splittet opp i sub-kategorier, det vil si at vi konsentrerte oss om ord og uttrykk som kunne belyse ulike sider av problemstillingen. Sub-kategoriene ble deretter samlet i kategorier. Kategoriene skal representere svaret på problemstillingen. Det var utfordrende å lage tydelige kategorier, fordi vi opplevde at de forskjellige sub-kategoriene kunne passe i flere kategorier. Siden antall sub-kategorier kan bli mange er det viktig å lage kategorier som favner de enkelte sub-kategoriene slik at det blir en intern logisk sammenheng i analysen (Forsbeg & Wengström, 2013).



Eksempel fra vedlegg 3 "Analyse av hovedresultat

## 12. Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness

Studiets hensikt: Utforske profesjonelle omsorgstjenester fra perspektivet til brukere diagnostisert med schizofreni, for å utvikle forslag til faglig kompetanse for å fremme recovery

Forfattere	Hovedresultat	Sub-kategori	Kategori
Williams & Tufford 2012, USA	Den hyppigste siterte beskrivelsen av omsorg var "prat". Prat fremkom som en måte å beskrive erfaringer de hadde med fagfolksom tok seg tid til å prate med brukerne om tema som ikke nødvendigvis omhandlet medisinsk behandling, men som handlet om hele livet. "Han snakker med deg som et menneske".	Hjelpere som tar seg tid	Evne til å være fleksibel
		Hjelpere som er tilgjengelige	Evne til å være fleksibel
		Hjelpere som har gode evner til å kommunisere	Gode kommunikasjonsferdigheter
	Å dele kunnskap er en del av positiv omsorg. Deltakerne fortalte om tilliten og tryggheten de følte ved å ha en kunnskapsrik fagperson som gav dem informasjon. En deltaker sa; "vel, jeg kunne føle at legen virkelig kunne det han holdt på med og var virkelig ute etter å hjelpe"	Hjelpere som har god fagkompetanse	God fagkompetanse
	En deltaker bemerket å ha en positiv erfaring med hennes ukentlige besøk av sosialarbeideren. Hun sa; "hun kom til leiligheten og besøkte oss en halvtime i uken. Hun var god, Hun var god, hun var nesten som en mor".	Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel
	Deltakerne som følte seg respektert av fagpersonene indikerte også at dette var basis for tilhørigheten.	Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	Gode mellommenneskelige holdninger
	Deltakernes historier brakte flere ganger tilbake viktigheten av å ha tid og mulighet til å snakke med fagpersoner på en måte slik at fagpersonene ble kjent med hele mennesket.	Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel
	En deltaker sa; "Det beste er å ha et nummer til noen av personalet slik at du kan ringe noen, når du er i krise. De kan ringe deg tilbake, og de kan få tak i lege dersom det er behov for det. Det er et fantastisk system. Så du føler deg ikke alene".	Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel

## 2.4.      **Forskningsetiske overveielser**

I forskning er etiske vurderinger et grunnprinsipp. Hensikt med forskningen må være etisk fundamentert og tillatelser må innhentes fra det enkeltes lands etiske komité/myndigheter. Konsekvensene med forskningen må etterstrebes å være gode, og enhver forsker har et selvstendig ansvar for å være ærlig om sine funn ovenfor kollegaer og offentligheten (Helsinkideklarasjonen, 2009).

Informanter må få god informasjon om studiets hensikt, at deltakelse er frivillig og at de kan trekke seg når som helst uten å oppgi årsak. De må behandles med respekt og integritet og konfidensialitet må sikres. Informanter må informeres om hensikt og konsekvenser ved deltakelse i undersøkelsen. Det må unngås å belaste informantene unødig, og en må være spesielt oppmerksom på sårbare grupper (Helsinkideklarasjonen, 2009). Tiltak i forhold til eventuell retraumatisering må sikres (plan for oppfølging og ivaretagelse).

Når en tar utgangspunkt i eksisterende studier må en være oppmerksom på at dette er en studie utført i en annen tid, sted og hensikt. En må vise respekt for de allerede er utførte studier, slik at en i utvalg og presentasjon av funn, er bevisst studiets hensikt (Forsberg & Wengström, 2013; Tjora, 2010).

Ut fra våre forutsetninger har vi vurdert at alle artiklene tilfredsstillende de etiske kravene. I noen av studiene er informantene tilbudt inntil 20 dollar til dekking av skyssutgifter. Ut fra vårt synspunkt kan dette ha vært med på å påvirke antall deltakere, men ikke funnene i studien.

### 3. RESULTAT

Funnene i dette studiet er fra tolv vitenskapelige artikler. Studiene er i et kvalitativt design og gjennomført i følgende land: Norge (5 stk), USA (3 stk), Sverige (2 stk), Australia (2 stk) og England (1 stk).

Analyse av hovedfunn førte til følgende åtte sub-kategorier og seks hovedkategorier:

<b>Sub-kategori</b>	<b>Kategori</b>
Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere	<b>Evne til å skape en god relasjon</b>
Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	<b>Gode mellommenneskelige holdninger</b>
Hjelpere som yter mer enn forventet Hjelpere som er tilgjengelig Hjelpere som tar seg tid	<b>Evne til å være fleksibel</b>
Hjelpere med gode kommunikasjonsferdigheter	<b>Gode kommunikasjonsferdigheter</b>
Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet	<b>Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet</b>
Hjelpere som har god fagkompetanse	<b>God fagkompetanse</b>

#### 3.1. Evne til å skape en god relasjon

6 av 12 artikler omhandler viktigheten av å ha en god relasjon til sine hjelpere.

I følge Schön, Denhov og Topor (2009) ble relasjonen opplevd som mer virkningsfullt enn selve intervensjonen, og relasjonens betydning for opplevelsen av god hjelp var et fremtredende funn (Olsø et al. 2014). Brukere beskrev den nære relasjonen som: "en venn – men annerledes". Samhandlingen skapte en "vi"- følelse. Brukerne presiserte at det var viktig med en relasjon som preges av tillit og som varer over tid (Eriksen, Armand, Davidson, Sunfør & Karlsson, 2013). Alle var oppmerksom på relasjonens natur og blandet den ikke sammen med et vanlig vennskap (O'Brien, 2001). Bedring som en del av en sosial prosess, preget av en terapeut som var tålmodig, lyttende, forståelsesfull og som hjalp pasienten til å uttrykke seg var avgjørende (Borg & Kristiansen, 2004; Krogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2010; O'Brien, 2001; Olsø et al., 2014).

### **3.2. Ha gode mellommenneskelige holdninger**

10 av 12 artikler inneholder funn som omhandler viktigheten av at hjelpere har gode mellommenneskelige holdninger.

Å møte helsearbeidere med gode mellommenneskelige verdier – empati, respekt, stole på og som ville investere i relasjonen opplevdes viktig og avgjørende (Borg & Kristiansen, 2004; Eriksen et al., 2013; Krogstad et al., 2010; O'Brien, 2001; Olsø et al., 2014; Williams & Tufford, 2012; Schön et al., 2009; Shattell et al., 2006). Fraser som "psykiateren tok meg på alvor" og "gav meg en følelse av å være verdifull", ble ofte uttalt (Krogstad et al., 2010). Det å ikke bli sett nedsettende på eller dømt, ble sett på var viktig i forhold til det å bli forstått; "jeg følte meg aldri som et dårlig menneske sammen med Sofia" (O'Brien, 2001; Shattell, Starr & Thomas, 2007). Brukere som møter helsepersonell som ikke gav inntrykk av å være interessert i symptomer og problemer (Borg & Davidson, 2008), men som holder håpet levende og som aksepterer og verdsetter dem, får en opplevelse av støtte som styrker identitet og empowerment (Borg & Kristiansen, 2004; Eriksen et al., 2013).

### **3.3. Evne til å være fleksibel**

10 av 12 artikler omhandler hjelperes evne til å være fleksibel. Under denne kategorien presenteres følgende sub-kategorier; hjelpere som yter mer enn forventet, hjelpere som er tilgjengelige og hjelpere som tar seg tid.

Opplevelsen av hjelpere som tar kontakt utenom timene, gir støtte i praktiske ting og som tøyde grensene for hva som ble oppfattet som "profesjonell rolle" ble høyt verdsatt og referert til som å få "mer enn forventet" (Borg & Davidson, 2008; Borg & Kristiansen, 2004; Brownell, Sckank, Jakaite, Larkin & Slade, 2015; O'Brien, 2001; Schön et al., 2009; Shattell et al., 2006; Topor & Denhov, 2012; Williams & Tufford, 2012). Hjelpere som er tilgjengelige ved behov og som er oppriktig interessert i seg, ble verdsatt av deltakerne (Borg & Davidson, 2008; Borg & Kristiansen, 2004; Schön et al., 2009; Williams & Tufford, 2012). Videre fremhever deltakerne viktigheten av at hjelperne har tid til en prat, både for å bli kjent med brukerne og for å snakke om dagligdage ting. Både kvalitet og kvantitet av tid er viktig for at brukerne skal føle seg møtt som et helt menneske. Dette viser funn hos O'Brien (2001); Shattell et al. (2006, 2007); Topor og Denhov (2012); Williams og Tufford (2012). Å bli møtt

av hjelpere som yter mer enn forventet, som er tilgjengelige og som tar seg tid ble sett på som viktige elementer for bedringsprosessen.

### **3.4. Gode kommunikasjonsferdigheter**

5 av 12 artikler refererer til kommunikasjon som en viktig del av bedringsprosessen. Funn hos Olsø et al. (2014) og Krogstad et al. (2010) viser at dialog oppleves som et viktig virkemiddel når det skulle etablere en felles forståelse av hjelpen og i studien av Williams & Tufford (2012) var "prat" den hyppigste siterte beskrivelsen av omsorg. Prat fremkom som en måte å beskrive erfaringer de hadde med fagfolk som tok seg tid til å prate med brukerne om tema som handlet om hele livet. Viktigheten av å kunne snakke om dagligdagse hendelser er også et av hovedfunnene hos O'Brien (2001) og terapeutens evne til "small talk" oppleves som en mulighet for å utvikle relasjonen (Shattell et al., 2006). Opplevelsen av å bli lyttet til var avgjørende for kontakt og forståelse (Shattell et al., 2006, 2007; Krogstad et al., 2010) og en behersket terapeut uten store følelsesmessige reaksjoner ble foretrukket (Shattell et al., 2006). Opplevelsen av gode kommunikasjonsferdigheter hos terapeuten er viktig. Gå i dybden å søke årsak - være direkte, sannferdig, ærlig og gi gode tilbakemeldinger - "rett fram snakk". (Shattell et al., 2007). Det refererer til fysisk kontakt som viktig - berøring utløste en følelse av samhold. Det skapte bånd og følelse av forpliktelse (Shattell et al. (2006, 2007)

### **3.5. Evne til å se bruker som deltaker i det vanlige livet**

8 av 12 artikler omhandler opplevelsen av å bli sett som deltaker i det vanlige livet. Kategorien omhandler opplevelsen av å bli sett og følelsen av normalitet som brukeren opplevde i samhandlingen med terapeuten.

Gjennom narrativene som deltakerne delte, fremhevet de viktigheten av å bli sett i sine relasjoner med hjelpere. Informantene beskrev konkrete personlige erfaringer med det å bli sett, for eksempel en helsearbeider som spurte brukeren hvordan brukerens mor hadde det (Borg & Kristiansen, 2004). Deling av personlige erfaringer/innrømmelser skapte bånd/fellesskap til brukeren Viktig å bli sett som et helt menneske (Eriksen et al., 2013) og gitt håp om at den friske delen skal bli dominerende. (Shattell et al., 2007). Samhandling med hjelperen skapte en følelse av fellesskap/normalitet (Brownell et al., 2015; Olsø et al., 2014; Schön et al., 2009; Shattell et al., 2006;). Å bli kontaktet utenom timene ga en følelse av å bli

sett som enkeltmenneske og ikke som en diagnose (Brownell et al., 2015). Den sosiale relasjonen ga pasienten anledning til å redefinere seg selv og finne/styrke den friske delen av seg selv. Opplevelsen av å ha et normalt liv var en av fire områder som ble identifisert som hverdagslige opplevelser i bedringsprosessen (Borg & Davidson, 2008).

### **3.6. God fagkompetanse**

3 av 12 artikler hadde funn som framhevet fagkompetanse som viktig.

Deltakerne fortalte om tilliten og tryggheten de følte ved å få informasjon fra en kunnskapsrik fagperson. En deltaker sa; "vel, jeg kunne føle at legen virkelig kunne det han holdt på med og var virkelig ute etter å hjelpe" Williams & Tufford (2012). Funn hos Shattell et al. (2007) sier at det ikke er nok å ventilere følelser, men at det er viktig med fokus på problemet og kunnskap/ferdigheter omkring temaet. Dette bekreftes også hos Shattell et al. (2006). Det oppleves avgjørende at terapeuten kom til sakens kjerne, satt ord på utfordringer og var en guide for håndtering av problemer/utfordringer (Shattell et al., 2007).

## 4. DISKUSJON

### 4.1. Resultatdiskusjon

Hensikten med studiet var å undersøke: Hvilke egenskaper hos hjelpere opplever brukere med alvorlige psykiske lidelser fremmer deres bedringsprosess?

Funnene viser at mange brukere har opplevd å møte hjelpere som ved sine egenskaper har fremmet brukerens bedringsprosess. På grunn av oppgavens begrensning kan vi ikke diskutere alle funn, men tar for oss de mest fremtredende i hver kategori. De 5 forskjellige kategoriene er hjelperens egenskaper og utgjør svaret på vår problemstilling. Vi tolker det slik at kategoriene; Evne til å skape en god relasjon og Gode mellommenneskelige holdninger er knyttet til hverandre i et samspill med de 4 andre kategoriene; Evne til å være fleksibel, Evne til å se bruker som deltaker i det vanlige livet, Gode kommunikasjonsferdigheter og God fagkompetanse.

Borg (2009) hevder at det "å komme seg" ved en psykisk lidelse i stor grad handler om samspillet mellom individet og de man omgir seg med. Funn i vår studie bekrefter også at relasjonens betydning for opplevelsen av god hjelp var fremtredende og at brukere opplevde relasjonen som mer virkningsfull enn selve intervensjonen (Schön et al., 2009). Relasjonen mellom bruker og helper blir av Peplau (1952) løftet fram som et partnerskap der brukeren er en aktiv deltaker i prosessen og det skapes opplevelser i fellesskap. Dette partnerskapet er preget av deling av informasjon, og arbeid i fellesskap for å nå mål omtales som essensiell for å fremme bedringsprosessen. Dette er også hovedfunn hos O'Brien (2001) og Schön et al. (2009). Brukere beskrev samhandlingen og relasjonen med hjelpere som et vennskap, men annerledes. (O'Brien, 2001; Olsø et al., 2014; Williams & Tufford, 2012). Denne kontakten og "vennskapet" fikk veldig stor betydning, da brukerne ofte følte på ensomhet og isolasjon. På en annen side er det viktig å tenke på at det er en sårbarhet i dette "vennskapet", da brukerne kan føle seg sviktet dersom helperne skulle være borte fra arbeid en stund eller slutte (Olsø et al., 2014). Vi har også erfaringer med slike "vennskap". Et eksempel var da vi etter nøye refleksjon valgte å be med en bruker på fjelltur på fredagen vår. På den ene siden visste vi at brukeren hadde en stor drøm om å gjennomføre en slik tur, men på den andre siden var vi redd for at dette kunne skape noen forventninger som vi ikke kunne innfri. Vi valgte å løse det med å være ærlig med brukeren om vår bekymring, og vår bekymring viste seg å

være ubegrunnet. Vi har erfart at det oppleves forutsigbart og trygt for brukerne at vi er åpne og ærlige om at et slikt "vennskap" har visse begrensinger.

Evne til å skape en god relasjon mellom bruker og hjelper baserer seg på fag-kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse (Skau, 2005). 3 av de 12 studiene vi undersøkte hadde funn i kategorien "god fagkompetanse" noe vi antar omhandler teori. En faglig sterk terapeut, holder i følge Shattell et al. (2006, 2007) og Williams og Tufford (2012) fokus på problemet og ved å signalisere kunnskap og ferdigheter, skapes tillit og trygghet. Dette bekreftes også i Cameron et al. (2005) som sier at pasienter opplever tilfredshet når de møter kunnskapsrikt helsepersonell og at møte med personale med dårlig teoretisk funderte tilnærminger blir sett på som hjelpeløse. I studie *Bruker Spør Bruker*, ble dyktige fagpersoner fremhevet som helt avgjørende for at tjenesten skal være god (Steinsbekk et al., 2013). Samarbeidet mellom bruker og fagperson bør preges av tillit til, forståelse for og aksept av hverandres roller og funksjon. Selv den mest kunnskapsrike og erfarne fagpersonen vil komme til kort uten et slikt samarbeid (Sande, 2011).

Det at det var forholdsvis få funn som framhevet faglig kompetanse hos hjelper som viktig. Vi antar at det kan henge sammen med at brukerne vurderer hjelpernes personlige egenskaper som "noe annet" enn faglig kompetanse. Slik vi ser det er den personlige kompetanse en viktig del av fagkompetanse og den påvirker hvor godt vi kan lykkes i vårt arbeid. Den personlige kompetansen dannes på bakgrunn av refleksjoner ut fra faglig kompetanse og praktiske erfaringer. Vi mener den enkelte hjelper har et selvstendig ansvar for å utvikle sin personlige kompetanse. Selv om den er unik for den enkelte person – kan den både deles og utvikles. Den består av teoretisk kunnskap og evnen til å ta brukers perspektiv, - vise respekt, empati, tålmodighet, ganske enkelt ha gode mellommenneskelige holdninger og se hele mennesket som et menneske. (Shibbye, 2009; Skau, 2005; Stensbekk et al., 2013).

Det ble sett på som helt avgjørende at tjenesten som helhet hegger om brukers verdighet og respekt i alle sammenhenger. Dette viser også funn hos Borg og Kristiansen, (2004), Eriksen et al., (2013), Krogstad et al., (2010), O'Brien, (2001) og Williams og Tufford, (2012). Denne respekten har sitt utspring i helperens holdninger som et fundament for å ta gode mellommenneskelige avgjørelser. Vi har begge erfaringer som kan bekrefte både støttende og nedlatende holdninger. Et eksempel er, hvor det til en bruker ble stilt forventningene om framferd samsvarende brukers alder. Brukeren ble fornærmet og spurte hvorfor dette ble



nevnt og fikk til svar at det var i respekt for henne, og for å skåne henne mot andres blikk og reaksjoner, at denne avtalen var ønsket. Dette mener vi er et eksempel på respekt og gode mellommenneskelige holdninger og det å se hele mennesket. På den andre siden refererer brukere til episoder der profesjonelle snakket til dem på en nedsettende måte. De hadde ingen forventninger til dem, fordi de hadde en holdning om at de ikke kom til å leve opp til forventningen likevel (Williams & Tufford, 2012).

Hjelpere som tar seg tid, er tilgjengelige og som yter mer enn det som forventes av dem blir høyt verdsatt av brukerne (Borg & Davidson, 2008; Borg & Kristiansen, 2004; O'Brien, 2001; Shattell et al., 2006; Shattell et al., 2007; Topor & Denhov, 2012; Williams & Tufford, 2012). Denne fleksibiliteten kan ses på som en form for personlig åpenhet (Bøe & Thomassen, 2007). Det å ha en hjelper som var der, som en kunne ringe eller sende en SMS til, opplevdes som betydningsfullt (Almvik et al. 2011; Borg & Kristiansen, 2004;). På den andre siden refererte brukere til at selv om hjelperne sa at de var tilgjengelige for en prat, opplevde de ofte at de var opptatt (Stenhouse, 2011). Selv om både kvalitet og kvantitet av tid er viktig for å føle seg møtt som et helt menneske og for å legge grunnlag for relasjonen (Schön et al. 2009), blir brukere ofte tildelt et standard behandlingsløp (O'Brien, 2001). Noen brukere opplevde at antallet som ble behandlet var viktigere enn kvaliteten på behandlingen (Williams & Tufford, 2012). Veltesen (2010) beskriver New public management- reformen som empati under press. Det vil si at helsepersonell blir skviset mellom krav til økt effektivisering og moralsk og faglig integritet. Hjelpere som velger å gå utenom standart tildeling kan ofte oppleve en lojalitetskonflikt mellom bruker, arbeidsgiver, lover og regler (Topor & Denhov, 2012). Selv om møte med fleksible helpere ble sett på som viktige og til dels avgjørende for brukernes bedringsprosess, er det viktig å tenke over at denne fleksibiliteten kan by på noen utfordringer for begge parter. Noen brukere kan oppleve det som unødvendig og som en kontroll at helpere tar telefonisk kontakt utenom avtale (Brownell et al., 2015) og vi har erfart at noen helpere føler at de aldri har "fri". Det er viktig at helpere reflekterer over hvor nære de bør komme brukerne og at det å by på seg selv ikke innebærer å være grenseløst utleverende (Moen og Larsen, 2013; Skau, 2005).

Det å kunne prate med helpere er i følge Sommer, Strand, Borg og Ness (2013) selve limet i relasjonen og det vesentligste "hjelpemiddelet"- selve metoden for å få til et samspill mellom brukere og helpere. Vår kommunikasjon er preget av førforståelse (Røkenes og Hanssen, 2006). En negativ konsekvens av dette kan være helpere som gjør seg opp mening om

brukers ressurser uten å ha lært vedkommende å kjenne, og dette kan være med på å forsterke stigmatisering (Borg, 2009; van Dongen, 2004). Brukere som derimot opplever at det er tid til å prate om dagligdagse ting opplever det som omsorg (Williams & Tufford, 2012). "Small talk" eller det som Almvik (Almvik & Borge, 2014) kaller "skitprat" blir referert til som en god innfallsvinkel til å etablere en relasjon og til prat om mer alvorlige tema. Samhandling i dagligdagse aktiviteter som matlaging og bilkjøring, skaper gode arenaer for slik prat (Almvik & Borge, 2014; Olsø et al., 2014; Skartveit, 2013). Skartveit (2013) hevder at uformelle samtaler har et stort terapeutisk potensiale, men at det er en utfordring å gi denne "skitpraten" anerkjennelse og legitimitet som et terapeutisk verktøy. Å møte en terapeut som er oppmerksomt lyttende og som kommer med hensiktsmessig reaksjon er avgjørende for god kommunikasjon. Brukere hos Schön et al. (2009) sier de foretrekker å møte en behersket hjelper uten de store følelsesmessige reaksjonene. Kommunikasjon i form av fysisk berøring har etter vår oppfatning vært et tabu innen psykisk helsearbeid, mens enkelte brukere erfarte at det utløste en følelse av samhold og forpliktelse (Shattell et al., 2006, 2007). Flere av våre funn understreker viktigheten av gode samtaler, men på tross av det opplevde flere brukere at hjelperne knapt hørte på hva de hadde å si (William & Tufford, 2011). Andre brukere opplevd også at hjelpere var for opptatt med å gjøre "ikke sykepleieoppgaver" til å ta en prat, noe som gjorde situasjonen frustrerende (Stenhouse, 2011).

For at brukere skal føle seg som en deltaker i det vanlige livet, er det av avgjørende betydning å føle seg viktig, bli sett som et menneske og ikke en diagnose (Borg & Davidson, 2008; Borg & Kristiansen, 2004; Brownell et al., 2015; Schön, Denhov & Topor, 2009; Shattell et al. 2006). Dette er forenelig med Antonovsky (2000) og hans salutogene fokus på helse, hvor fokuset er på å forsterke den friske delen av mennesket. Noe som også bekreftes hos Schön et al. (2009). Brukere i undersøkelser hos Borg & Davidson (2008); Brownell et al. (2015); Olsø et al. (2014); Shattell et al. (2007); Sommer et al. (2013) hevdet at samvær med terapeuter gjennom dagligdagse aktiviteter og deling av personlige erfaringer skapte en tilhørighet og et fellesskap som gav de en følelse av å være normal. Selv om brukerne fremhevet viktigheten av å føle seg normal, reiser det seg flere spørsmål angående dette; hva er et "normalt liv"? Hvem skal få definere et "normalt liv"? Brukerne uttrykte behov for å bli sett av andre og seg selv som en alminnelig samfunnsborger, en som sørger for hus og hjem, holder avtaler og gjør noe meningsfullt og nyttig (Borg, 2009; Sommer et al., 2013). Det å være "vanlig" ble referert til både som å gi mening og bidra til håp om at det ville gå bra, noe som var avgjørende for holde ut med belastningene helseproblemene medførte (Borg, 2009).

## 4.2. Metodediskusjon

I forhold til valg av metode, erfarer vi at kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på vår problemstilling. O'Brien (2001) mener at kvalitativ studie har sin begrensning i forhold til antall deltakere, men at det gir mulighet for stor variasjon og dybde i funn.

Problemstillingen skulle besvares ved hjelp av et *systematisk litteraturstudie*, som kjennetegnes ved at det skal være uttømmende. Vi erfarer at det er mange faktorer som påvirker valg av litteratur. Er det mulig å få oversikt over all litteratur? Hvilke databaser skal en velge? Vi opplevde flere ganger at det var endringer/oppdateringer i basen som ga andre treff når søk ble etterprøvd.

Hva med nøkkelord, mesh-ord og tesauri? Det gjøres valg ut fra hva forsker mener er relevant, og det foretas subjektive tolkninger som preger utvalg og resultat. Vi er sykepleiere, men kanskje kan andre yrkesgrupper tolke/vektlegge resultatene på en annen måte?

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier preger utvalget. Kan andre kriterier gi andre funn som kunne belyst temaet enda bedre? Kriterier for søk kan gi gode hensiktsmessige treff, men de kan også resultere at vi går glipp av viktige funn.

Med unntak av en artikkel, er artiklene vi har valgt ut engelskspråklige. Dette representerer risiko for feiltolking fordi det kan være nyanser i språket som vi ikke er fortrolig med. Videre er det i et litteraturstudie ofte benyttet mange kilder og det blir benyttet både direkte og indirekte sitat. Det er viktig å ha god oversikt over hvem som mener hva, slik at en unngår at andre enn forfatter blir kreditert for innholdet. Ved bruk av primærlitteratur kontra review er det å anta at risikoen for feiltolking blir redusert. Artiklene vi har valgt kommer fra forskjellige deler av verden. På tross av mulige forskjeller i kultur og levestandard mellom disse landene velger vi å anta at funn og erfaringer i tilknytning til vår problemstilling er sammenlignbare.

Det å komprimere av utsag til meningsbærende enheter opplever vi som en risiko for at ordlyden i funnene blir så minimalisert slik at nyanser går tapt. Det er også en risiko for feiltolking av data på grunn av engelsk/norsk og nyanser i språket som kan være vanskelig å få fram i en oversettelse.

Antall ord i besvarelsen oppleves også som en begrensende faktor, slik at språket ikke er så forklarende som vi kunne ønsket oss.

Borg & Kristiansen, (2004), Shattell et al. (2007), Schön et al. (2009) og Topor & Denhov (2012) benytter seg av *gjenbruk av intervju- og observasjonsdata* (Tjora 2012, s.152). Det vil si at forskere bearbeider tidligere innsamlet datamateriale. Det er ulike synspunkter på dette; noen forskere får et eierforhold til sine data og mener de er samlet inn i en unik kontekst mellom forsker og informant, og dermed ikke egnet for sekundæranalyse. Tjora (2010) sitt synspunkt på dette er at i respekt for informanten så bør det innsamlede materialet utnyttes så godt som mulig. Han har en forventning til at forskere skal kunne utføre gjenbruk og sekundæranalyse på data som vurderes egnet.

Vi erfarte at det var krevende å lage gode kategorier/sub-kategorier. Etter første gjennomgang av funn hadde vi 4 kategorier og 59 sub-kategorier. Vi bearbeidet disse flere ganger og endte opp med 8 sub-kategorier og 6 kategorier. Kategoriene er svaret på problemstillingen og kriteriet for kategoriene er at de skal utelukket hverandre. Dette viste seg å være komplisert for vi opplevde at svaret/innholdet i kategorien *evnen til å skape en god relasjon* i stor grad består av egenskapene hos hjelper som kom fram i de andre kategoriene. Dette gjorde det vanskelig å diskutere hvert funn for seg. Vi har valgt å diskutere funnene som en helhet, samtidig som vi forsøker å få fram den enkelte kategori sin egenart.

Dette arbeidet har gitt oss ny innsikt og økt forståelse. Vi er ydmyke i forhold til å bearbeide andres data. Vi har et mer kritisk blikk når vi leser forskning.

### 4.3. Avslutning

Denne studien har vært med å belyse hvilke egenskaper hos hjelpere, brukere opplever fremmer deres bedringsprosess. Funn viser at brukerne opplever mest støtte i sin bedringsprosess når de møter hjelpere med gode mellommenneskelige holdninger og som har evne til å skape en god relasjon. Hjelperne må "se" mennesket og ikke bare diagnosen og gi støtte til håndtering av dagliglivets utfordringer. Brukerne må møtes med respekt og en individuell tilpasset tilnærming basert på gode fagkunnskaper og gode mellommenneskelige holdninger. I sykepleie som fag er krav til disse egenskapene og ferdighetene nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene. Sykepleieren skal fremme helse, understøtter håp, mestring og livsmot hos brukeren og sikre retten til medbestemmende. Leser vi teksten bokstavelig, så står det der; alt det bruker sier hjelper.

Funnene i vår studie er resultat av andres funn som har vært kjent i lang tid, men likevel synes vi å merke et gap mellom hva bruker etterspør og hva som tilbys. Det kan virke som det er vanskelig å anerkjenne brukernes erfaringer og heve disse opp på et terapeutisk nivå. Psykolog Scott Miller (2013) sier at til tross for alle behandlingsmanualer og – metoder, så øker ikke behandlingsresultatet. Effekten kommer derimot av at enkelte terapeuter er bedre enn andre, men han mener det er et faktum som er tungt å ta innover seg. Psykolog og forsker Nilssen-Lie (2010) sier i sin avhandling at terapeuten må gå i seg selv fordi personlige egenskaper har stor innvirkning på hvordan brukeren opplever effekten av behandlingen.

Kanskje må vi erkjenne at det kan være en forskjell på behandlere, men det fritar ikke den enkelte fra ansvaret for å tilegne seg nye ferdigheter. Nøkkelen til suksess er i følge Miller å øve på det en ikke er god til. Undersøkelser viser at den som øver oppnår signifikant bedre resultater. Vi mener det er viktig å anerkjenne dette, fordi vi har en antakelse om at mange som er i en bruker/hjelper – relasjon har lyst til å bruke sine personlige egenskaper mer, men at mange vegrer seg fordi de føler seg utrygge, - både på seg selv og på reaksjoner fra kollegaer. Slik vi ser det er det kanskje ikke behov for å forske mer på hvilke egenskaper hos hjelpere som har betydning for bedringsprosessen, men derimot å undersøke hvordan man kan skape anerkjennelse for brukernes erfaringer og heve disse opp på et terapeutisk nivå? Dette vil utfordre utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet til å skape en arena for anerkjennelse og utvikling av personlige egenskaper og den betydningen det har for brukernes bedringsprosess.

## Litteratur

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag
- Barrett, B., Young, M.S., Teague, G.B., Winarski, J.T., Moore, K.A. & Ochshorn, E. (2010). Recovery Orientation of Treatment, Consumer Empowerment, and Satisfaction with Services: A Meditaional Model. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34 (2), 153-156.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2008). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Almvik, A. & Borge, L. (2014) *Å sette farge på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T., M., Westerlund, H. & Norvoll, R. (2011). "Å lage farger på livet til folk" God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid vol. 8- nr. 2*
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 46, 452-459
- Borg, M. & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17 (2), 129-140.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), *Rapport 4*
- Browell, T., Schrank, B., Jakaite, Z., Larkin, C. & Slade, M. (2015). Mental Health Service User Experience of Positive Psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 71(1), 85 - 92.
- Bøe, T., D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Cameron D., Kapur, R. & Campell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric end Mental Health Nursing* 12, 64 - 74
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Eriksen, K.Å., Armand, M., Davidson, L., Sundfør, B. & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing* 23, 110-117.
- Forsbeg, C. & Wengström, Y. (2013) *At gjøre systematiske litteraturstudier*. Stockholm: Författarna og Bokforlaget Natur og Kultur.
- Gråwe, R. (2004) Alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk hvordan forstå og behandle de med dobbeltdiagnose? *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift* 12
- Helsedirektoratet (2014) Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). (2015, 01. oktober). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet 10. mai 2016 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov om kommune helse](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommune%20helse)
- Helsepersonelloven (1999). (2016, 01. januar). Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven). Hentet 10. mai 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsinkideklarasjonen. Hentet 07. mai 2016 fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid- humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kilvik, A. & Lamøy, L. I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag* (2.utg.). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Krogstad, R.E., Ekeland, T. J. & Hummelvoll, J.K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 479- 486.
- Lloyd, M. & Carson, A., M. (2012). Critical conversations: Developing a methodology for service user involvement in mental health nursing. *Nurse Education Today* 32. 151 - 155.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2011, 01. november). Lov om Pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet 10. mai. 2016 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4)
- Moen, E. Å., & Larsen, I. B (2013). "In my work I use all aspects of myself" How mental health workers use their own mental health experiences in professional relationships. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 15-24
- Miller, S. (2016, 28. april). *40 år uten psykisk helsefremskritt*. Hentet 28. april 2016 fra

- <http://www.napha.no/content/20697/40-ar-uten-psykisk-helse-fremskritt>
- Moran, G., Mashiach-Eizenberg, M., Roe, D., Berman, Y., Shalev, A., Kaplan, Z. & Epstein, P.G. (2014) *Psychiatry Research* 220, 592-597.
- Mykletun, A., & Knudsen, A., K. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Nasjonalt folkehelseinstitutt, *Rapport 8*
- Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenester (2014). Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning.
- Nilssen- Lie, H.A, Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-treated working alliance: *A multilevel approach. Psychotherapy Research*, 20(6), 627-646
- Norvoll, R. (Red.). (2013). *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- O'Brien, L. (2001) The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: The Client's experiences. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10, 176-186.
- Olsø, T. M. (2015). En fagrolle i endring. NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <http://www.napha.no/content/15058/En-fagrolle-i-endring>
- Olsø, T. M., Almvik, A. & Norvoll, R. (2014). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Norsk Tidsskrift for Helseforskning*, 10 (2), 121-131.
- Opptrappingsplan for psykisk helse.(1999-2008). (2009). <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199/id274864/>
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Regjeringen - Helsekonferanse 07.05.14. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Vi-skalskape-pasientens-helsetjeneste/id759026/>
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.-H. (2006) *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, R. (2007). *Brukermedvirkning og empowerment: gammel vin på nye flasker?* I Askheim, O., P og Starrin, B. (red.). *Empowerment: i teori og praksis*, s. 34-46. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sande, E., S. (2011). Brukermedvirkning- hva betyr det for fagrollen? *Psykisk helse og rus*, 1 26 – 29



- Schön, U.K., Denhov, A. & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering from Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55 (4), 336-347.
- Schibbye, A. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Shattell, M., McAllister, S., Hogan, B. & Thomas, S.P. (2006). "She Took the Time to Make Sure She Understood": Mental Health Patients' Experiences of Being Understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (5), 234 - 241.
- Shattell, M., Starr, S.S. & Thomas, S. P. (2007). "Take my hand, help me out": Mental health service recipients 'experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing* 16, 274 - 284.
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M. & Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper. Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukerens medborgerskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10 (1) 36-45
- Skau, G.M. (2005) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Akademisk
- Skartveit, A. (2013). Småprat som terapeutisk verktøy. I Norvoll, R. (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D. & Rise, M., B. (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50 (1), 2-5
- Stenhouse, R., C. (2011). "They all said you could come and speak to us": patients 'expectations and experience of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 74-80
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). (2006). Mestring, muligheter og mening. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006/id200879/>
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Topor, A. & Denhov, A. (2012). Helping Relationships and Time: Inside the Black Box of the Working Alliance. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 15, 239-254
- van Dongen, E. (2004). *Worlds of psychotic people. Wanderers, bricoleurs and strategists*. London: Routledge
- Williams, C.C. & Tufford, L. (2012). Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness. *Psychiatry* 75 (2), 190-200.

Walsh, J. & Boyle, J. (2009) Improving Acute Psychiatric Hospital Services According to Inpatient Experiences. A User-Led Piece of Research as a Means to Empowerment. *Mental Health Nursing*, 30 (1), 31-38.

## Vedlegg 1

### Oversikt over ekskluderte artikler

	<b>Forfatterens navn</b>	<b>Artikkelens tittel</b>	<b>Årsak til ekskludering</b>
<b>1.</b>	Barret et.al	Recovery Orientation of Treatment, Consumer Empowerment, and Satisfaction with Services: A Mediation Model	Svarer ikke på problemstillingen. Forholdsvis få deltakere N=43 (N=2) i en kvantitativ undersøkelse. Tvil om representativt utvalg.
<b>2.</b>	Lloyd og Carson	Critical conversations: Developing a methodology for service user involvement in mental health nursing	Svarer ikke på problemstillingen. Omhandler systemnivå.
<b>3.</b>	Moran, Mashiach-Eizberg, Roe, Bermann, Shalev, Kaplan & Epstein	Investigating the anatomy of the helping relationship in the context of psychiatric rehabilitation: The relation between Working Alliance, provider's recovery competencies and personal recovery.	Svarer ikke på problemstillingen. Omhandler systemnivå.
<b>4.</b>	Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen og Vlimaki	Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study.	Feil pasientgruppe
<b>5.</b>	Russinova og Rogers	Recovery-promoting Professional Competencies: Perspective of Mental Health Consumers, Consumer-Providers and Providers	Svarer ikke på problemstillingen. Omhandler systemnivå.
<b>6.</b>	Walsh og Boyle	Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences: A users-led piece of research as a means to empowerment	Feil pasientgruppe

## Vedlegg 2

### Oversikt over inkluderte artikler

- **1 The nature of recovery as lived in everyday experience**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>Borg og Davidson</b>
<b>Årstall/land</b>	2008 Norge
<b>Studiens hensikt</b>	Utforske bedringsprosessen med utgangspunkt i pasientens dagligliv
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativ undersøkelse Fenomenologisk/narrativ
<b>Deltakelse (frafall)</b>	N= 17 (7 kvinner og 6 menn + en referansegruppe på 4 medlemmer)
<b>Analysemetode</b>	Intervju
<b>Hovedresultat</b>	Behandlingsprosess basert på kjente tilnærminger fra recovery-prosessen gir god anledning til å hjelpe alvorlig psykisk syke i deres hverdag. Viktig funn er at deltakelse i pasientens hverdagsliv gir en genuin anledning til "normalisering" og at recovery-prosessen under disse omstendigheter "blomstrer".
<b>Kvalitet</b>	H

- **2 Recovery-oriented professionals: helping relationship in mental health services**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>Borg og Kristiansen</b>
<b>Årstall/land</b>	2004 Norge
<b>Studiens hensikt</b>	Å undersøke hjelperelasjonen ut fra erfaringene til mottakere av tjenesten.
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativ studie
<b>Deltakelse (frafall)</b>	N= 15
<b>Analysemetode</b>	Intervju
<b>Hovedresultat</b>	Recovery-orientert personal er de som har mot til å håndtere komplekse situasjoner og det individuelle i endringsprosessen. De har evne til å bruke sine profesjonelle erfaringer og ferdigheter i en samarbeidende relasjon med tjenestemottakere. Recovery-orienteringen innebærer også vilje og egne til å skape tjenester som tilfredsstillende behov og preferanser til den enkelte.
<b>Kvalitet</b>	H

- **3 Mental Health Service User Experience of Positive Psychotherapy**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>Brownell</b>
<b>Årstall/land</b>	2015 England
<b>Studiens hensikt</b>	Å undersøke brukernes erfaringer med deltakelse i et 11-ukers kurs for pasienter med psykose.
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativt studie Semistrukturerte intervju - alene/gruppe.
<b>Deltakelse (frafall)</b>	N=37 (N=10)
<b>Analysemetode</b>	Lydbåndopptak av intervju ble transkribert og kodet.
<b>Hovedresultat</b>	(I forhold til vår problemstilling) Erfaring i å ta brukerens perspektiv i utarbeiding av guider til helsepersonell. Det opplevdes svært positivt å bli kontaktet mellom oppsatt time. Det ga bekreftelse og anledning til å diskutere tema fra kurset.
<b>Kvalitet</b>	H

- **4 Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>Ådnøy Eriksen, Armand, Davidson, Sundfør og Karlsson</b>
<b>Årstall/land</b>	2013 Sverige
<b>Studiens hensikt</b>	Å forklare tjenestemottakers forståelse av å være i en relasjon med fagfolk og hvordan denne relasjonen kan begrense eller forbedre bedringsprosessen.
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativ analyse. IPA (Interpretativ Phenomenological Analysis) Fortolkende fenomenologisk analyse. Data er innsamlet som del av et større prosjekt der hensikten var økt forståelse i forhold til hvordan personer med alvorlig psykisk sykdom opplever deres relasjon med profesjonelle helsearbeidere og hvordan de ønsker at denne relasjonen skal være.
<b>Deltakelse (frafall)</b>	N=11
<b>Analysemetode</b>	Dybdeintervju/lydbåndopptak (40-90 minutter) Samtalene ble transkribert for analyse.
<b>Hovedresultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For psykisk syke er det utfordrende å stå i en relasjon/ha tillit til profesjonelle helsearbeidere.</li> <li>• Studiet fremmer en videre oppmerksomhet mot grunnleggende menneskelige verdier, som for eksempel det å være i en relasjon, å bli sett og føle tilhørighet og at disse verdiene kan være betingelser for bedringsprosessen.</li> <li>• Helsearbeidere blir utfordret i å akseptere og validere bruker der og da, noe som kan styrke brukerens identitet og empowerment, både i sykdomsprosessen og ellers i livet.</li> <li>• Formidle; mening, håp og optimisme.</li> </ul>
<b>Kvalitet</b>	H

- **5 In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change.**

<b>Forfattere</b>	<b>Krogstad, Ekeland og Hummelvoll</b>
<b>Årstall/Land</b>	2010 Norway
<b>Studiens hensikt</b>	Å utforske klienters beskrivelse av faktorer som er av betydning for bedringsprosessen og diskutere betydningen disse har for tjenestetilbudet innen mental helsehjelp.
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativ analyse. Kvalitativ innholdsanalyse basert på fortolkning ut fra empiri og teori. Narrativ basert på et åpent spørsmål: Kan du fortelle en historie om et spesielt møte med en hjelper eller et helsetilbud som ble et vendepunkt i ditt liv?"
<b>Deltakelse (frfall)</b>	N= 347 (N=3053)
<b>Analysemetode</b>	Narrativene ble lest flere ganger og det ble valgt ut meningsbærende kategorier og underkategoriene. Denne kategoriseringen ble kvalitetssikret av medforskere.
<b>Hovedresultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har fått fram viktig heten av en god relasjon og muligheten for påvirkning som den gir.</li> <li>• Framhever relasjonens arena for å fremme verdighet og evne til å definere sine egne erfaringer for dermed å oppnå bedring.</li> <li>• Studien av brukererfaringer peker på erfaring basert på kommunikative, eksistensielle og menneskelig tilnærming. Disse erfaringene vil kreve et paradigmeskifte fordi den humanistiske tenkingen er under press fra evidens-basert tilnærming. Den tenkingen vil utvikle standard behandlings prosedyrer for standard diagnoser. Dette vil bringe brukeren til stillhet.</li> <li>• Håp om at denne forskningen vil støtte person-fokusert tilnærming i behandlingsløpet for mentalt syke.</li> </ul>
<b>Kvalitet</b>	H

- **6 The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: The client`s experience**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>O`Brien</b>
<b>Årstall/land</b>	2001 Australia
<b>Studiens hensikt</b>	Sette fokus på sykepleier- pasient-relasjonen i et pasientperspektiv.
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativ undersøkelse. Fenomenologi. Lydbåndopptak av intervju.
<b>Deltakelse (frafall)</b>	N=5
<b>Analysemetode</b>	Transkribering av opptak. Funn er delt opp i meningsbærende kategorier og subkategorier
<b>Hovedresultat</b>	Funnene bekrefter tidligere studier som sier at relasjonen gir mennesker med alvorlig psykisk sykdom bedre forutsetninger til å takle dagliglivets utfordringer.
<b>Kvalitet</b>	H

- **7 Helpful relations. A quality study about the alliance between users with serious mental health problems and health care professionals in two outreach teams.**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>Olsø, Almvik og Norvoll</b>
<b>Årstall/land</b>	2014 Norge
<b>Studiens hensikt</b>	Å utdype de kvalitative egenskapene ved relasjonene som fagfolk og brukere erfare som hjelpsom og utdype hvilke arbeidsformer som understøtter disse relasjonene.
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Deltakende observasjon. Semistrukturerte intervju
<b>Deltakelse (frafall)</b>	Brukere og deltakere i to oppsøkende team
<b>Analysemetode</b>	Kontinuerlig hermeneutisk prosess. Veksling mellom å lese transkripsjoner og ha analysemøter.
<b>Hovedresultat</b>	Bekrefter forskning som sier at kvaliteten relasjonen er viktig forutsetning for opplevelsen av god hjelp. Understreke fagrolle i endring - likeverdig samvær.
<b>Kvalitet</b>	H

- **8 Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>Schön, Denhov &amp; Topor</b>
<b>Årstall/land</b>	2009
<b>Studiens hensikt</b>	Å fastslå hvilke faktorer mennesker anser som avgjørende i deres egen bedringsprosess og hva som gjøre disse faktorene gunstige.
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativ undersøkelse Dybdeintervju fra 3 undersøkelser Topor 2002 - 9 stk., Denhov 2000 19 stk. og Schön 2004 30 stk.
<b>Deltakelse (frafall)</b>	N=58
<b>Analysemetode</b>	NUD*IST software
<b>Hovedresultat</b>	Det ble identifisert 3 recovery-fremmende dimensjoner. Den <b>sosiale relasjonen</b> framstår som en kjerneverdi i alle disse dimensjonene.
<b>Kvalitet</b>	H

- **9 "She Took the Time to Make Sure She Understood": Mental Health Patients' Experiences of Being Understood**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>Shattell, McAllister, Hogan og Thomas</b>
<b>Årstall/land</b>	2006 USA
<b>Studiens hensikt</b>	Å forstå hva pasienter mener med "å bli forstått".
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativ undersøkelse. Eksistensiell fenomenologiske intervju; deltakerne ble bedt om å beskrive en opplevelse av å bli grunnleggende forstått av helsepersonell.
<b>Deltakelse (frafall)</b>	N=20
<b>Analysemetode</b>	Hvert intervju ble transkribert, analysert og delt opp i meningsbærende enheter.
<b>Hovedresultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplevelsen av å bli forstått er høyt verdsatt uavhengig av kjønn, diagnose, utdanning og intervjuets lengde og den øker selvinnsett; det å bli forstått av en annen hjelper til å forstå seg selv bedre.</li> <li>• Terapeutisk relasjon ble beskrevet som "facilitating me helping myself"</li> </ul> <p>som gir en metaforisk plattform som gir styrke til å stå opp for seg selv.</p>
<b>Kvalitet</b>	H



• 10 "Take my hand, help me out": Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship

<b>Forfattere</b>	<b>Shattell, Starr og Thomas</b>
<b>Årstall/land</b>	2007 USA
<b>Studiens hensikt</b>	Å forklare mottakere av psykisk helsehjelp sine erfaringer med den terapeutiske relasjonen. Spørsmålet var: Hva er terapeutisk ved den terapeutiske relasjonen?
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativ undersøkelse. Analyse nummer to med data fra undersøkelsen om erfaringer med å bli forstått (v/ Shattell m fl.)
<b>Deltakelse (frafall)</b>	N= 20
<b>Analysemetode</b>	Hvert intervju ble transkribert, analysert og delt opp i meningsbærende enheter. Før analyse nr to ble de transkriberte intervjuene lest og analysert på nytt.
<b>Hovedresultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter ønsker terapeutiske relasjoner</li> <li>• Pasientene vil at hjelperne virkelig skal kjenne de, sette av tid, søke forståelse og ha ferdigheter om pleie.</li> <li>• Jordnære og håndfaste ønsker som ikke krever teknologi</li> <li>• Pleierne må være bevisst klientenes behov og behandle de respektfullt og som unike individer som fortjener kvalitetspleie.</li> <li>• Forstå klienten og utnytte relasjonens potensiale er det viktig å vær ærlig, berøre og by på seg selv og sette av tid for å bygge tillitsfull allianse.</li> <li>• Sykepleierne må ha ferdigheter og kunnskaper om tilgjengelige ressurser</li> </ul>
<b>Kvalitet</b>	H

- **11 Helping relationships and Time: Inside the black Box of the Working Alliance**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>Topor &amp; Denhov</b>
<b>Årstall/land</b>	2012 Sverige
<b>Studiens hensikt</b>	Analysere <i>tid</i> som en faktor i utvikling av fungerende allianser.
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativ undersøkelse Dybdeintervju fra 3 undersøkelser Topor 2002 - 9 stk., Denhov 2000 19 stk. og Schön 2004 30 stk.
<b>Deltakelse (frfall)</b>	N=58
<b>Analysemetode</b>	NUD*IST software
<b>Hovedresultat</b>	Helsearbeideres store grad av tilpasset tidsbruk til brukers behov - både i forhold til kvalitet og kvantitet blir verdsatt som viktig for utvikling av fruktbar allianse.
<b>Kvalitet</b>	H

- **12 Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness**

<b>Forfatter(e)</b>	<b>Williams &amp; Tufford</b>
<b>Årstall/land</b>	2012 USA
<b>Studiens hensikt</b>	Å utforske profesjonell helsehjelp sett i et perspektiv fra pasienter diagnostisert med schizofreni.
<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	Kvalitativt studie Lydbåndopptak av semistrukturerte intervju
<b>Deltakelse (frfall)</b>	N=40
<b>Analysemetode</b>	Det ble tatt notater underintervjuene og lydbåndopptak ble transkribert. Funn ble kodet av to personer.
<b>Hovedresultat</b>	Relasjonen har stor betydning for recovery-prosessen. <i>Tid</i> blir framhevet som en viktig variabel.
<b>Kvalitet</b>	H

## Vedlegg 3

Analyse av hovedresultat

### 1. The nature of recovery as lived in everyday experience

Studiets hensikt: Utforske bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
<b>Borg &amp; Davidson 2008; Norge</b>	Fire områder av hverdagslige opplevelser i recovery prosessen ble identifisert: å ha et normalt liv, bare gjør det, å gjøre livet enklere, og å være god mot deg selv. Det å måtte forholde seg til hverdagslige ting som regninger, forsikringsselskaper og alle praktiske ting. Ansvar i dagliglivet kunne oppleves både skremmende og som en kamp, men samtidig følte en av deltakerne på glede og stolthet over å være uavhengig, og aksepterte de bekymringene som medførte.	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet
	Hjelpere som var tilgjengelige, som gjenkjente behov for assistanse eller støtte i praktiske ting og som først og fremst ikke gav inntrykk å være interessert i symptomer og problemer, ble høyt verdsatt av deltakerne.	Hjelpere som er tilgjengelige  Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	Evne til å være fleksibel  Ha gode mellommenneskelige holdninger

## 2. Recovery-oriented professionals: helping relationship in mental health services

Studiets hensikt: Utforske hjelperelasjonen ut fra brukeres erfaringer

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
<b>Borg og Kristiansen 2004, Norge</b>	Visse felles faktorer om virksomme relasjoner ble identifisert. Tjenestebrukere verdsatte fagfolk som formidlet håp, delte makt, var tilgjengelige ved behov. Var åpne om mangfoldet i det som hjelper og var villige til å tøyne grensene for hva som ble oppfattet som "profesjonell rolle".	Hjelpere som er tilgjengelige  Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel  Evne til å være fleksibel
	Det informantene anså som mest virksomt i deres behandlingsrelasjon var profesjonelle hjelpere som var villig til å investere i relasjonen ved å vise empati og respekt. Nina beskrev relasjonen til psykiateren slik; "Han virket så rolig på et vis... hadde ikke så mye program for hva vi skulle snakke om.. Jeg kunne snakke om alt mulig... det jeg hadde på hjertet... småting som var viktige for meg, og ikke nødvendigvis problemer heller. Det var jeg som bestemte hva vi skulle snakke om".	Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	Gode mellommenneskelige holdninger
	Flere av deltakerne understreket at jevnlig kontakt og samarbeid med støttende hjelpere som avgjørende for deres bedringsprosess.	Hjelpere som er tilgjengelige	Evne til å være fleksibel
	Gjennom narrativene som deltakerne delte, fremhevet de viktigheten av å bli sett i sine relasjoner med helperne. Informantene beskrev konkrete personlige erfaringer med det å bli sett; for eksempel en helsearbeider som spurte brukeren hvordan brukerens mor hadde det.	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet
	Det ser ut til å være avgjørende at profesjonelle hjelpere finner tid til å "bare være der" og kan forstå personens unike og største behov. Å være tilgjengelig har med profesjonelles oppfatninger og holdninger som tillater tid og praktisk hjelp som sentrale elementer i hjelpen de gir.	Hjelpere som er tilgjengelige	Evne til å være fleksibel
	"Profesjonelle som hjalp meg å til å holde håpet levende". Håp og mot til å gå videre var følelser som framkom over tid. Tid, fleksibilitet og være tilgjengelige ser ut til å være viktige elementer.	Hjelpere som er tilgjengelige  Hjelpere som tar seg tid	Evne til å være fleksibel
	Gode helpere ble beskrevet med ord som vennlige, tålmodige, sans for humor, ønske om å hjelpe, gi tid og bare opptre på en vanlig måte. Nina beskrev det slik; "Vi fikk så god kontakt, hun var nesten som en venn"	Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere	Evne til å skape en god relasjon
	Gode helpere ble beskrevet med en oppførsel som muligens kan bli sett på som på kanten av hva som typisk blir ansett som "profesjonell oppførsel", for eksempel en sykepleier som lånte en bruker penger.	Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel

### 3. Mental Health Service User Experience of Positive Psychotherapy

Studiets hensikt: Siden brukernes tilfredshet er en viktig del av den terapeutiske relasjonen var hensikten med studiet å undersøke brukernes erfaringer med deltakelse i et 11 ukers kurs/program for pasienter med psykose.

<b>Forfattere</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Sub-kategori</b>	<b>Kategori</b>
<b>Brownell 2015, England</b>	Nesten alle deltakerne rapporterte at terapeutens deltakelse i øvelsene gjorde inntrykk og var virkningsfullt - både at fordi de demonstrerte øvelsene og fordi deres deltakelse ga deltakerne en følelse av normalitet. Nesten halvparten av deltakerne sa at det var virkningsfullt å se at terapeutene også lærte noe av øvelsene. Dette gjorde øvelsene mer relevante.	Hjelpere som ser brukere som deltaker i det vanlige livet	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet
	Det at terapeutene tok kontakt mellom oppsatt time var effektivt. Samtalene kunne være en påminnelse om neste time og litt prat om temaet, men det kunne også være direkte støtte i øvelser de holdt på med/hjemmelekser. Det var oppmuntrende at noen viste interesse for seg. Det ga følelse av å bli satt pris på og vedsatt som individ og ikke som en gruppe.	Hjelpere som er tilgjengelig  Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel

#### 4. Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness

Studiets hensikt: Å forklare tjenestemottakers forståelse av å være i en relasjon med fagfolk og hvordan denne relasjonen kan begrense eller fremme bedringsprosessen.

<b>Forfattere</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Sub-kategori</b>	<b>Kategori</b>
<b>Eriksen, Armand, Davidson, Sundfør &amp; Karlsson 2013, Sverige</b>	Å bli sett og å være i en relasjon til helsepersonalet basert på grunnleggende menneskelige verdier - å bli sett - føle tilhørighet - identitet - mening - håp og optimisme - empowerment, vil fremme recovery-prosessen.	Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger  Hjelpere som ser brukere som deltaker i det vanlige livet  Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere	Gode mellommenneskelige holdninger  Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet  Evne til å skape en god relasjon

## 5. In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change.

Studiets hensikt: Utforske brukernes beskrivelse av gunstige faktorer og diskutere konsekvensene av disse faktorene for levering av psykiske helsetjenester

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
<b>Kogstad, Ekeland &amp; Hummelvoll 2010 Norway</b>	<p>Brukere som mottar hjelp og lever med funksjonshemninger refererer til viktigheten av å ha en relasjon til personer som kunne være til å stole på og som spilte avgjørende roller i deres bedringsprosess. På grunn av disse spesielle og empatiske personene, følte de seg tatt vare på og dette skapte en trygghet på at de ville bli støttet i dagliglivet og i situasjoner der de trengte mer hjelp.</p> <p>Dialog, respekt, omsorg, forståelse og gode møter kommer frem som viktige forhold for å kunne leve med funksjonshemninger</p>	<p>Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere</p> <p>Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger</p> <p>Hjelpere med gode kommunikasjonsferdigheter</p>	<p>Evne til å skape en god relasjon</p> <p>Gode mellommenneskelige holdninger</p> <p>Gode kommunikasjonsferdigheter</p>
	<p>Alle informantene snakket om viktige relasjoner. Faser som; "psykiateren tok meg på alvor", "reduerte på medisinene", "hadde tid til å lytte", "forsto", "psykologen hjalp meg til å uttrykke har jeg har erfart", "han var tålmodig", "hjalp meg til å åpne meg", "gav meg en følelse av at jeg er verdifull", var ofte uttalt.</p>	<p>Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere</p>	<p>Evne til å skape en god relasjon</p>
	<p>Informantene beskrev erfaringer som å "snu negative erfaringer til noe positivt", "et rikere liv", "evne til å stole på noe", "følelse av å ikke være alene med skammen", "en følelse av mening".</p> <p>Gode relasjoner og trygge samtaler er sentrale elementer.</p>	<p>Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere</p>	<p>Evne til å skape en god relasjon</p>

## 6. The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: The client`s experience

Studiets hensikt er å få kunnskap om hvordan pasienter med alvorlig og varig psykisk sykdom opplever relasjonen med psykiatriske sykepleiere.

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
<b>O`Brien 2001, Australia</b>	Det opplevdes som viktig å ha noen som "fulgte med seg". Det kom fram at det var viktig med noen som hadde kjent pasienten over tid og kjente til behov og reaksjonsmåter og som pasienten hadde tillit til. Det lindret følelsen av ensomhet og reinnleggelser. Viktig å ha noen å kontakte – selv etter at behandlingsløpet er avsluttet. Sitat: "han forsikret seg om at jeg hadde nok støtte", "hun viste hvor mye det skaket meg opp", "hadde det ikke vært for Sophia så hadde jeg tatt mitt liv.	Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere  Hjelpere som er tilgjengelig	Evne til å skape en god relasjon  Evne til å være fleksibel
	Det å samarbeide med sykepleier ble høyt verdsatt og omtalt med stolthet. Pasientene følte at samarbeidet ble en felles anstrengelse og skapte en "vi"-følelse som hjalp pasientene til å bygge opp sin egen identitet. Samarbeidet ble beskrevet som en prosess for "å bli menneske". Fellesskapet ble verdifullt fordi det fikk en til å føle at en hadde en alliert, fikk støtte og ble respektert. Sitat; "endelig var det noen som kjempet sammen med meg", "hun oppmuntret meg til å stå opp for mine rettigheter" og "hun hjalp meg til å ta en ting av gangen og til å finne svarene selv". En viktig side ved relasjonen var tilliten pasienten følte til sykepleier til å ta avgjørende/riktige valg for pasienten i kritiske situasjoner. Det nære samarbeidet gjorde det naturlig å snakke om relasjonens betydning. Pasientene beskrev den som: "som en venn – men annerledes". Alle var oppmerksom på relasjonens natur, og blandet den ikke sammen med et vanlig vennskap.	Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere  Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet  Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	Evne til å skape en god relasjon  Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet  Gode mellommenneskelige holdninger
	Det å bli forstått handlet om å "ha noen virkelig tilstede, som en kunne stole på og som ikke dømte deg". Det å ikke bli sett nedsettende på eller bli dømt, var viktig i forhold til det å bli forstått. Sitat: "jeg følte med aldri som et dårlig menneske sammen med Sophia". En pasient fortalte stolt at sykepleier hadde sagt "det hadde vært hardt for hvem som helst å mestre det du har vært gjennom". Det å ha en sykepleier som hadde tid og som forsøkte å forstå pasientens perspektiv var viktig. Det å kunne snakke om dagligdagse hendelser. Oppleve at noen var der for seg, gjorde anstrengelser for deg, var oppmerksom og interessert i å tilbringe tid med deg.	Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere Hjelpere som yter mer enn forventet Hjelpere med gode evner til å kommunisere. Hjelpere som tar seg tid.	Evne til å skape en god relasjon  Evne til å være fleksibel Ha gode evner til å kommunisere  Evne til å være fleksibel



## 7. Helpful relations. A quality study about the alliance between users with serious mental health problems and health care professionals in two outreach teams.

Studiets hensikt: Utforske relasjonens betydning for god hjelp i oppsøkende team.

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
<b>Olsø, Almvik og Norvoll 2014, Norge</b>	Relasjonenes betydning for opplevelsen av god hjelp var et av de mest framtrepende funnene.	Hjelpere som har evne til å skape en god relasjon med brukere	Evne til å skape en god relasjon
	De fleste framhevet samværet gjennom hverdagslige aktiviteter som en hjelpsom arbeidsform. Blant annet å gjenoppta kontakten med "det vanlige livet". Følelse av å være normal. Å gjøre hverdagslige aktiviteter sammen bidro til et mer likeverdig samarbeid.	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet	Evne til å se deltaker i det vanlige livet
	Dialog er et viktig virkemiddel når de skulle etablere en felles forståelse av hjelpen.	Hjelpere som har gode kommunikasjonsferdigheter	Gode kommunikasjonsferdigheter
	Mange av brukerne beskrev seg som sosialt isolerte og ensomme. Kontakten med hjelperne fikk veldig stor betydning. Brukerne satte pris på samarbeid med de ansatte. Følte seg respektert og akseptert.	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	Evne til å se deltaker i det vanlige livet Gode mellommenneskelige holdninger

## 8. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness

Studiets hensikt: Å avklare hvilke faktorer mennesker anser som avgjørende i bedringsprosessen.

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
<b>Schön, Denhov &amp; Topor 2009, Sverige</b>	Hovedfunn: recovering through a social process. I forhold til bedringsprosessen i forbindelse med alvorlig psykisk sykdom ble Bedring som en del av en sosial prosess ansett som avgjørende.	Hjelpere som har evnen til å skape en god relasjon med brukere	Evne til å skape en god relasjon.
	En relasjon med en profesjonell terapeut, ble opplevd som mer virkningsfullt enn selve intervensjonen. Flesteparten sa at relasjonen hadde avgjørende betydning. Mennene omtalte terapeutene mer positivt enn kvinnene.	Hjelpere som har evnen til å skape en god relasjon med brukere	Evne til å skape en god relasjon.
	Hjelpsomme profesjonelle, uansett tittel; var de som hadde vist interesse og engasjement for den enkelte – og som hadde sett mennesket og ikke diagnosen.	Hjelpere som ser brukere som deltaker i det vanlige livet Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	Evne til å være fleksibel  Gode mellommenneskelige holdninger
	Den hjelpsomme profesjonelle hadde gjort mer for pasienten enn standard prosedyre, de hadde gjort mer enn forventet og det som var vanlig. De ble omtalt som "de som forstod hva som var viktig for den enkelte" og viste interesse for pasientens erfaringer og kunnskap. <i>Samarbeid</i> og <i>gjensidighet</i> var karakteristikkene som beskrev hjelpsomme profesjonelle	Hjelpere som er tilgjengelig  Hjelpere som yter mer enn forventet	Evnen til å være fleksibel
	Den sosiale relasjonen med for eksempel en profesjonell ga pasienten anledning til å redefinere seg selv/finne seg selv. Finne den delen av seg selv som ikke var pasient og hadde problemer, men også et menneske med muligheter. Viktig å bli sett som unik.	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet.	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet.

## 9. "She Took the Time to Make Sure She Understood": Mental Health Patients' Experiences of Being Understood

Studiets hensikt: Å undersøke hva det å bli forstått betyr for alvorlig psykisk syke mennesker

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Shattell, McAllister, Hogan og Thomas 2006, USA	For alvorlig psykisk syke oppleves det å bli forstått når de fikk en opplevelse av å være viktig, følte tilhørighet og følte at de var på samme nivå	Hjelpere som ser brukere som deltaker i det vanlige livet	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet
	Å føle seg viktig var den største faktoren – det å føle seg som et menneske framfor et nummer eller en gjenstand i en fabrikk eller sin diagnose. Det å møte den terapeuten som gir den oppmerksomheten er viktig. Det var betydningsfullt å høre at terapeuten hadde tenkt på pasienten mellom timene eller at terapeutene gjorde noe ekstra – mer enn forventet – eks, sjekket ut noe på internett eller fant fram andre opplysninger. Det opplevdes viktig at terapeuten tok notater – det ble tolket som at terapeuten ville huske det som ble fortalt. Opplevelsen av omsorg - var betydningsfull	Hjelpere som yter mer enn forventet  Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	Evne til å være fleksibel  Gode mellommenneskelige holdninger
	<i>Det knyttet oss sammen</i> Opplevelsen av å bli fysisk berørt utløste en følelse av samhold og forpliktelse. Sitat "Once you touch the person, there's a little commitment. You have a connection because they touch you."	Hjelpere med gode kommunikasjonsferdigheter	Gode kommunikasjonsferdigheter.
	Å få følelsen av å bli lyttet til var avgjørende for opplevelse av kontakt. Sitat: "A person can listen without caring but can't care without listening.", "Understanding is listening."	Hjelpere med gode kommunikasjonsferdigheter	Gode kommunikasjonsferdigheter
	Å bli lyttet til er ikke nok, det er avgjørende hvordan budskapet ble mottatt; en behersket terapeut uten store følelsesmessige reaksjoner ble foretrukket – det ga pasienten en følelse av at han ikke var vanskelig og gal dersom han fortalte om for eksempel utagering. Å oppleve støtte ved smerte/belastning var viktig Viktig å oppleve at fokus er på problemet og at terapeuten signaliserer kunnskap/ferdigheter omkring temaet. Tempoet må styres av pasienten.	Hjelpere med gode kommunikasjonsferdigheter  Hjelpere som har god fagkompetanse	Gode kommunikasjonsferdigheter  God fagkompetanse
	Viktig å oppleve at terapeuten tar seg tid – rydder plass til avtale – strekker seg litt ekstra - pasienten opplever seg viktig.	Hjelpere som tar seg tid	Evne til å være fleksibel
	Opplevelsen av å bli sett og snakket til som et menneske – ikke en diagnose – "Small talk" oppleves som en mulighet for å komme på samme nivå/utvikle en relasjon.	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet Hjelpere med gode kommunikasjonsferdigh.	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet Gode kommunikasjonsferdigheter

### 10. "Take my hand, help me out": Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship

Studiets hensikt: Å beskrive mottakere av psykiatriske helsetjenester sin opplevelse av den terapeutiske relasjonen.

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Shattell, Starr og Thomas 2007, USA	Opplevelsen av at terapeuten relaterte seg til pasienten ga en følelse av samhörighet og forståelse. Viktig å bli møtt av en terapeut med disse egenskapene; ikke-dømmende, tålmodig, grunnleggende interessert, snakker rolig, er åpen, rolig og stabil.	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet
		Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	Ha gode mellommenneskelige holdninger
	Viktig å bli sett som et helt menneske – en frisk og en syk del – og gitt håp om at den friske delen skal bli dominerende. Viktig å føle at en er kjent som menneske og ikke diagnose - "de kjenner meg personlig".	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet
	Oppleve gode kommunikasjonsferdigheter hos terapeuten er viktig; føle at de riktige spørsmålene blir stilt, øyekontakt, åpne spørsmål og oppmerksom lytting ble verdsatt.	Hjelpere med gode evner til å kommunisere	Gode kommunikasjonsferdigheter.
	På grunn av opplevelser av stigma er det viktig å få følelsen av å være spesiell – i betydningen tatt på alvor.	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet
	Mange opplevde det viktig å bli berørt - tatt i hånden, ved armen eller gitt en klem – og fortalt at "det vil gå bra" og at "vi skal gjøre vårt beste". En pasient hadde det som prinsipp/regel å håndhilse på så mange som mulig fordi hun opplevde av det ble knyttet bånd/skape forpliktelse	Hjelpere med gode evner til å kommunisere	Gode kommunikasjonsferdigheter.
	Selv-avslørelser hos terapeuten skapte bånd til pasienten – skapte et fellesskap menneske til menneske.	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet
	Viktig opplevelsen at terapeuten bruker tid og energi på seg og at han ikke framstår som stresset. Bruke tid til å bli kjent og til å forsikre seg om at begge forstår.	Hjelpere som tar seg tid	Evne til å være fleksibel
	Kjenn meg som menneske. Pasientene opplevde det som viktig at terapeuten ble kjent med seg som enkeltindivid, og ikke som "bare en pasient", for å komme til sakens kjerne/problemet - noe som opplevdes sentralt i relasjonen	Hjelpere som ser brukere som deltakere i det vanlige livet	Evne til å se brukere som deltakere i det vanlige livet

	Kom til sakens kjerne – det opplevde viktig å få gode råd for å løse problemet – informasjon – tilbakemeldinger. Medfølelse og interesse er viktig, men ikke nok – det er avgjørende at det blir engasjement og handling både for og med pasienten. "Kom til sakens kjerne og løse problemet". "Hvordan kan VI løse dette?".	Hjelpere som har god faglig kompetanse	God fagkompetanse
	Å komme til sakens kjerne krever ferdigheter hos terapeuten til å hjelpe pasienten til å sette ord på sine utfordringer og være en guide for hvordan de kan løses/møtes. Viktig å jobbe som team – hjelp til selvhjelp. Dette krever en terapeut som vet hvilke spørsmål som skal stilles, gå i dybden i forhold til livserfaringer, trekke paralleller mellom oppførsel, følelser og andre livshendelser. Å ventilere følelser er ikke nok. Sitat: "get down to the real problem, not just the symptoms".	Hjelpere som har god faglig kompetanse	God fagkompetanse
	Ærlighet. Å gå i dybden og søke årsak krever en terapeut som har evne til å være direkte, sannferdig, ærlig og gi gode tilbakemeldinger. Pasientene ønsket "rett frem snakk". Sitat: "Dont't gloss it over, making it look like it came out of a candy wrapper". Direkte tale skaper trygghet. Opplevelsen av å bli "kalt inn på teppet" på omsorgsfull måte opplevdes ivaretagende og trygt.	Hjelpere med gode evner til å kommunisere	Gode kommunikasjonsferdigheter.

### 11. Helping relationships and Time: Inside the black Box of the Working Alliance

Studiets hensikt: å se på TID som en faktor i utvikling av arbeidsalliansen.

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
<b>Topor &amp; Denhov 2012, Sverige</b>	Tid ble ansett som viktig for etablering av arbeidsalliansen – dvs. det å få mer tid enn forventet (kvantitet) - både selve timen og mellom timene, og kvaliteten på tiden – at en fikk være uforstyrret og ha høyt fokus. Funnene viser at kvalitet og kvantitet av tid er avgjørende for at brukere skal føle seg møtt som et helt menneske og at god tilrettelegging legger grunnlag for alliansen	Hjelpere som tar seg tid.	Evne til å være fleksibel
		Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel

## 12. Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness

Studiets hensikt: Utforske profesjonelle omsorgstjenester fra perspektivet til brukere diagnostisert med schizofreni, for å utvikle forslag til faglig kompetanse for å fremme recovery

Forfattere	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
<b>Williams &amp; Tufford 2012, USA</b>	Den hyppigste siterte beskrivelsen av omsorg var "prat". Prat fremkom som en måte å beskrive erfaringer de hadde med fagfolk tok seg tid til å prate med brukerne om tema som ikke nødvendigvis omhandlet medisinsk behandling, men som handlet om hele livet. "Han snakker med deg som et menneske".	Hjelpere som tar seg tid	Evne til å være fleksibel
		Hjelpere som er tilgjengelige	Evne til å være fleksibel
		Hjelpere som har gode evner til å kommunisere	Gode kommunikasjonsferdigheter
	Dele kunnskap er en del av positiv omsorg. Deltakerne fortalte om tilliten og tryggheten de følte i å ta en kunnskapsrik fagperson som gav dem informasjon. En deltaker sa; "vel, jeg kunne føle at legen virkelig kunne det han holdt på med og var virkelig ute etter å hjelpe"	Hjelpere som har god fagkompetanse	God fagkompetanse
	En deltaker bemerket å ha en positiv erfaring med hennes ukentlige besøk av sosialarbeideren. Hun sa; "hun kom til leiligheten og besøkte oss en halvtime i uken. Hun var god, Hun var god, hun var nesten som en mor".	Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel
	Deltakerne som følte seg respektert av fagpersonene indikerte også at dette var basis for tilhørigheten.	Hjelpere som har gode mellommenneskelige holdninger	Gode mellommenneskelige holdninger
	Deltakernes historier brakte flere ganger tilbake viktigheten av å ha tid og mulighet til å snakke med fagpersoner på en måte slik at fagpersonene ble kjent med hele mennesket.	Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel
En deltaker sa; "Det beste er å ha et nummer til noen av personalet slik at du kan ringe noen, når du er i krise. De kan ringe deg tilbake, og de kan få tak i lege dersom det er behov for det. Det er et fantastisk system. Så du føler deg ikke alene".	Hjelpere som yter mer enn forventet	Evne til å være fleksibel	