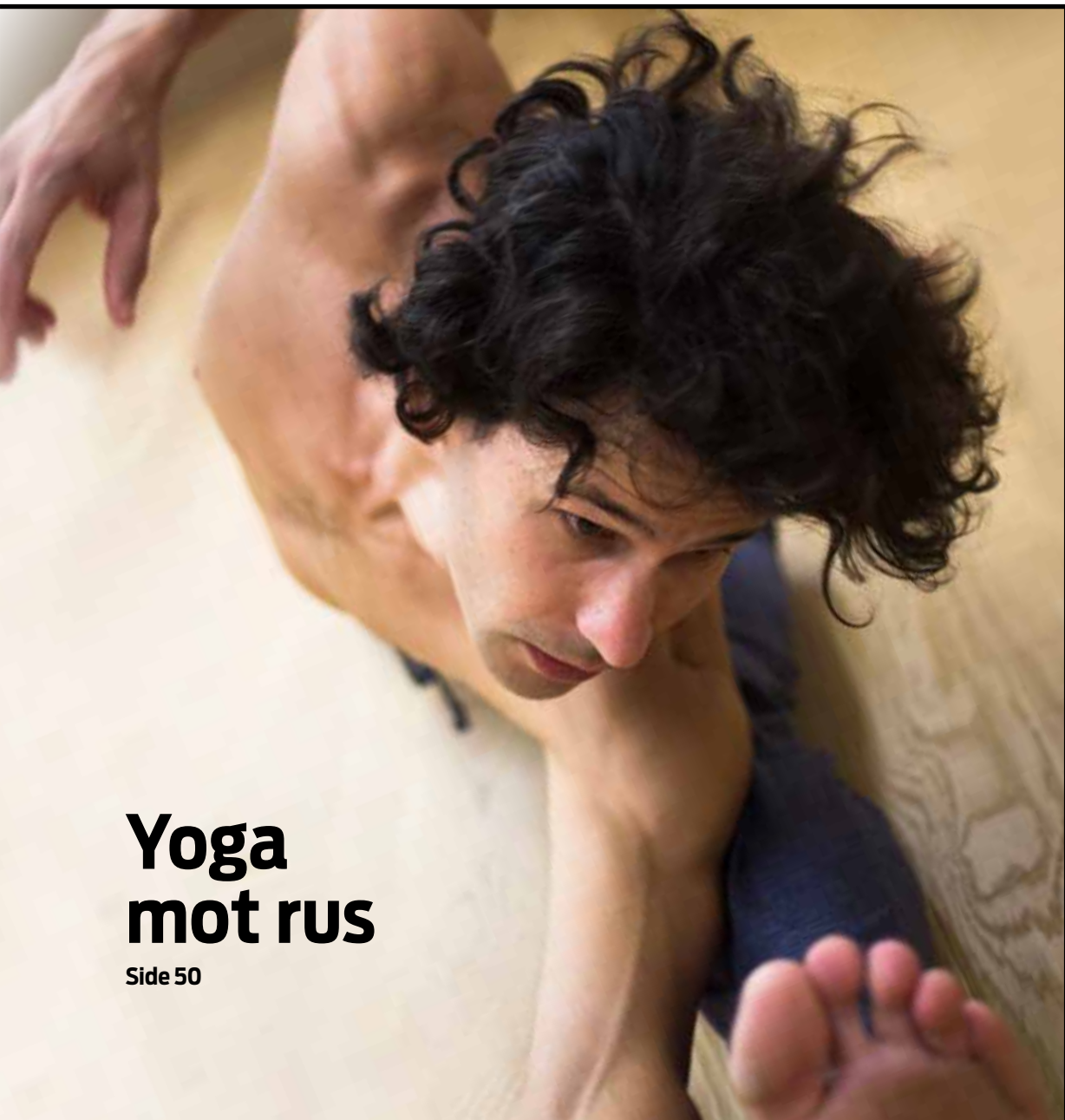


# Psykisk helse og rus



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Sykepleien



## Yoga mot rus

Side 50



**Psykisk helse og rus** blir gitt ut av NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, i samarbeid med tidsskriftet Sykepleien.

**REDAKTØR**

Tor Christian Bjelland  
Tlf. 99 47 27 85  
Okey\_1983@hotmail.com

**STYRET**

**Kontaktperson for styret**  
Espen Gade Rolland  
Tlf. 40 84 29 41  
espenrolland@gmail.com

**Kasserer**

Vibeke Steffensen  
Tlf. 93 24 18 35  
Vibekesteff@hotmail.com

**Sekretær**

Elisabeth Gjetøy  
Tlf. 48 29 68 31  
Elisgjetoy@hotmail.com

**Medlemsansvarlig**

Ingun Haug  
Tlf. 99 24 32 30  
ingun.haug@hnt.no

**ABONNEMENT**

Tor Christian Bjelland  
Tlf. 99 47 27 85  
okey\_1983@hotmail.com

**WEBANSVARLIG**

Espen Gade Rolland  
Tlf. 40 84 29 41  
espenrolland@gmail.com

**HJEMMESIDE**

[www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere](http://www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere)

**ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN**

Barth Tholens  
Tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79  
barth.tholens@sykepleien.no

**DESKJOURNALISTER**

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik  
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal  
Tlf. 90 60 87 79

Eivind Solfjell  
Tlf. 93 61 81 12

**LAYOUT**

Hilde Rebård Evensen  
Nina E.H. Hauge  
Sissel Hagen Vetter  
Monica Hilsen

**TRYKK:** Printall

**FORSIDEFOTO:** Mostphotos

**Innsending av artikler**

Skriv artikler helst som worddokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkeldokumentet. Oppgi navn på dem som er på fotoet, hvor fotoet er tatt, og navn på fotograf. Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidssted eller bosted. E-postadresse bør også medfølge.

# Innhold



# 01 - 2018

- 3 Leder
- 4 Smånytt
- 6 Friskus gjør frivillighet lettere
- 8 Etterlatte ved narkotikadød
- 10 Hvilken sykepleier er du?
- 12 Sykepleiere kan forebygge lekkasje av LAR-legemidler
- 18 Vi er ikke dealere med autorisasjon
- 21 Ny psykiatrisk legevakt
- 22 Norsk-estisk samarbeid om miljøterapi
- 28 Svanesang og ørnetvang
- 30 Tilbakeblikk
- 32 Mestring av sinne
- 37 Invitasjon til forskningsdeltakelse
- 38 Følger pasienten gjennom hele forløpet
- 44 Sykepleie til personer med schizofreni
- 50 Yoga mot rus
- 56 Film i forebyggende helsearbeid
- 62 Personer med schizofreni kan bli friske

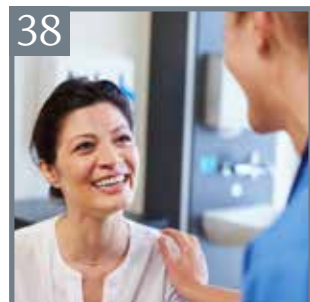




Foto: Kristin Henriksen

**FAKTA****Espen Gade Rolland**På vegne av styret  
i NSF-SPoR

## Nye tider, nye muligheter

**N**SF-SPoR går mot spennende tider. Det er gledelig at NSF satser på psykisk helse og rus. Dette har vi vært pådrivere for i flere år.

Det går nesten ikke en dag uten at psykisk helse og/eller rus tematiseres i media. Psykisk helse og rus er ofte på den politiske dagsordenen. Så langt i 2018 har det i Stortingets helse- og omsorgskomiteé vært flere representantforslag knyttet til høringer. NSF-SPoR og NSF har sammen gitt innspill til flere av disse høringsene.

**Tydelig tilstedeværelse av sykepleiere**

Sykepleiere er den største profesjonen innen tjenestemiljøet psykisk helse og rus. Det er rundt 12 000 sykepleiere innenfor området i spesialist- og kommunehelsetjenesten, mange av dem med videreutdanning og lang erfaring. Mange er også ledere på ulike nivåer og er på den måten en viktig del av innovasjonskraften i utviklingen av tjenestene. Utviklingen av gode tjenester innen psykisk helse og rus-feltet forutsetter tydelig tilstedeværelse av sykepleiere.

Dette krever engasjement fra vår side. Mange med psykisk helse og/eller rusproblemer har store utfordringer med sin fysiske helse. Vi mener derfor at sykepleiere har et stort ansvar for også å ivareta denne delen av den totale helsen. Vi mener at dette kan bidra til å gjøre en stor forskjell for brukerne, noe som igjen kan føre til lengre og bedre liv for den enkelte.

**Strategisk medlemsarbeid**

NSF har fra 2018 vedtatt to satsingsområder som særlig berører vår faggruppe: Sykepleiernes ekspertkompetanse innen psykisk helse og rus skal synliggjøres, og kompe-

tansens betydning for å løse utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene skal kommuniseres; og påvirkningsarbeidet skal rettes mot utdanningene og myndighetene, for å synliggjøre behovet for en tverrfaglig master med minst tretti studiepoengs fordypning i sykepleie. Dette vil på sikt påvirke vår sykepleiefunksjon innen feltet.

Vi har satt i gang et strategisk medlemsarbeid ut fra vissheten om at vi ser et stort potensial for rekruttering til faggruppen. Samtidig må vi ha blikket rettet mot eksisterende medlemmer, slik at vi sammen kan nå faggruppens mål om blant annet å utvikle en felles sykepleieridentitet. Strategisk medlemsarbeid innebærer også en bevisstgjøring av eksisterende medlemsfordeler og å engasjere enda bredere i faggruppenettverket.

**Nye tider**

Tidsskriftet du nå holder i hånden, er det siste i nåværende format. Denne utgaven av *Psykisk helse og rus* er større enn vanlig, og vi har samlet flere fagartikler i samme perm.

Faggruppen har siden 2011 samarbeidet med Sykepleien om utgivelse av tidsskriftet. Dette vil nå endres. Formidling av fagstoff forandrer seg i takt med at vi alle tar i bruk moderne kommunikasjonsmidler og digitale verktøy. De digitale løsningene er et mantra for vår tid, og her må også vi henge med på lasset. Fremtiden er digital formidling via nyhetsbrev til våre medlemmer, med fagstoff, nyheter og aktiviteter. Vårt mål er å opprettholde kvaliteten når vi nå går over i et annet format. ■

*På vegne av styret i NSF-SPoR ønsker vi alle våre medlemmer en riktig god sommer.*



## Risiko for selvmord

Selvmondsrisikoen blant enslige mindreårige asylsøkere i Sverige var i 2017 ni ganger høyere enn tilsvarende tall for svenske innbyggere, viser en rapport. I 2017 fant forskerne 12 bekreftede selvmord i alderen 10–21 år. Det tilsvarer 51,2 selvmord per 100 000 individer, ni ganger høyere enn jevnaldrende i Sveriges befolkning. Rapporten er utført av forskere ved Karolinska Institutet.



Kilde: Dagens medisin

## Færre får hiv

I fjor ble det meldt om 213 nye hiv-smittede i Norge. Siden toppåret 2008 er antallet årlig meldte hiv-smittede redusert med nærmere 30 prosent.

– Nedgangen skyldes trolig flere tiltak. Økt testaktivitet, at behandlingen kommer raskt i gang, samt tilgang til forebyggende behandling (PrEP) er tiltak som har fått ned antall smittede de siste ti årene, sier seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet, Øivind Nilsen.



Kilde: Fhi.no

«Du kan ikke svømme mot nye horisonter før du har mot til å miste kysten av syne.» *William Faulkner*

## Babyduft mot depresjon

Det er ikke tilfeldig at nybakte foreldre sukker henrykt etter å ha luktet på sin nyfødte baby. Babyduft har nemlig en positiv effekt på hjernens belønningscenter og gjør oss mer harmonisk og glad. Nå vil forskere utvikle en nesenspray som inneholder lukten av baby.

– Medisin via luktenerven, direkte inn til hjernen, kan revolusjonere behandlingen av psykiske lidelser, sier luktforsker Johan Lundström ved Karolinska instituttet i Stockholm.

Kroppslukten til spedbarn inneholder om lag 150 kjemikalier, men man har ennå ikke kunnet identifisere hvilke av dem som gir de positive effektene.

Kilde: Forskning.se



## Flere jenter sliter

Stadig flere tenåringsjenter får hjelp for psykiske lidelser. Andelen jenter mellom 15 og 20 år som får diagnostisert en psykisk lidelse, har økt med rundt 40 prosent på fem år. Det viser en ny rapport fra Folkehelseinstituttet.

– De vanligste psykiske lidelsene hos jenter i denne aldersgruppen er depresjon, angst, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser, sier forsker ved Folkehelseinstituttet Pål Surén. Han er en av forfatterne bak rapporten «Psykisk helse i Norge», som Folkehelseinstituttet har skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Kilde: Fhi.no

## Maks én om dagen

Anbefalte grenser for alkoholinntak er altfor høye i mange land, slår en omfattende studie fast. Ifølge forskerne bør man maks drikke én drink om dagen i snitt.

Studien baserer seg på tall fra 83 forskningsprosjekter i 19 land, som har fulgt over 600 000 mennesker som drikker alkohol.

Konklusjonen er at folk som drikker mer enn sju alkoholenheter i uken, kan forvente å dø tidligere enn de som drikker mindre.

Forskning.no



## Øker faren for fyll

Mødre som er mer negative, depressive, ustabile og engstelige enn gjennomsnittet, har betydelig økt risiko for sporadisk stordrikkning, både i første og andre trimester av graviditeten, viser resultater fra Den norske mor og barn-undersøkelsen.

Kilde: Fhi.no



## Trim for livet

Gjennom prosjektet Den gode hjertebanken har Rådet for psykisk helse og Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon utviklet informasjon om hvor viktig det er med trening i behandlingen av rusproblemer og psykiske lidelser. Utgangspunktet for prosjektet var at personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer lever 20–30 år kortere enn andre. Mange dør av hjerte- og karsykdommer eller andre sykdommer relatert til ugunstige levevaner og overvekt.

Erfaringene i prosjektet, samt råd og tips om hvordan integrere fysisk aktivitet i behandlingen, finnes i en nettbrosjyre som kan lastes ned her: [www.psykiskhelse.no/nyheter/ny-brosjyre-fysisk-aktivitet](http://www.psykiskhelse.no/nyheter/ny-brosjyre-fysisk-aktivitet)



## Langvarig berøring reduserer stress

Nivåene av stresshormoner blir redusert og hjertefrekvensen senkes ved langvarig myk berøring. Berøringen aktiverer også hjerneområder som er knyttet til belønning. Det viser en avhandling i psykologi fra Göteborgs universitet. Resultatene kan være nyttige i å utforme terapier for å hjelpe folk å stresse ned.

– En hypotese vi hadde var at kroppen ville bli vant til berøring etter en stund, og at de positive effektene derfor ville falle. Men resultatene viste det motsatte, sier forsker Chantal Triscoli til Forskning.se

Kilde: Forskning.se





# Friskus gjør frivillighet og samfunnsdeltakelse lettere

Gjennom den digitale møteplassen Friskus skal folk som vil være frivillig i nærmiljøet, få oversikt over hvor de kan bidra.

Tekst **Tor Christian Bjelland**, redaktør Psykisk helse og rus

**F**riskus er en digital plattform som er utviklet av Sigrid Petersson Nedkvitne for å løse utfordringer i hverdagen til frivillige, ildsjeler og kommuner over hele landet. Målet med Friskus er å bidra til å skape livskvalitet gjennom mestring, mening og sosialt nettverk.

## Sa opp jobben

Gjennom mange år med ansvar for ulike helse- og omsorgstjenester i kommunen erfarte Nedkvitne at det var et stort behov for en digital møteplass for aktivitet og frivillighet. Hun har selv jobbet som frivillig. Da hun hadde fått tre barn, begynte hun å tenke på hvilken verden hennes barn skulle vokse opp i. Det ble til slutt ingen vei utenom, hun bare måtte sette i gang sin store visjon om at frivillige, det offentlige og befolkningen sammen skal skape et inkluderende samfunn med lav terskel for å ta del. For et år siden sa hun opp en trygg jobb i kommunen.

– Ensomhet bør vi avskaffe, og det er ingen grunn til ikke å samarbeide om det, sier Nedkvitne.

## Frivillighet

Et samarbeid mellom frivillige, kommu-

ner og næringsliv startet opp i januar 2017. Målet var å få kunnskap om hvordan teknologi kan brukes for å legge til rette for økt samfunnsdeltakelse og frivillighet. Det ble gjort en grundig kartlegging og bevisstgjøring av behov og målsettinger.

– Friskus-prosjektet er et digitaliseringsprosjekt, som i hovedsak handler om mennesker. Prosjektet tar utgangspunkt i at det er mye god helse og livskvalitet i å være aktiv, sosial og inkludert – ikke ensom, sier Nedkvitne.

## «Ensomhet bør vi avskaffe.»



**GRUNDER:** Sigrid Petersson Nedkvitne sa opp jobben for å realisere ideen sin om den digitale plattformen Friskus. Foto: Jonas Petersson Nedkvitne

## En digital møteplass

Prosjektet utvikler en digital plattform for frivillige, slik at koordinering, rapportering og oppfølging av frivillige skal bli enklere. Plattformen er et arbeidsverktøy som skal gjøre det enklere å samhandle mellom frivillige organisasjoner, frisklivssentraler, sykehjem, omsorgsboliger, seniorsentre, ungdomsforeninger, flyktningkoordinator, Nav, DPS og lag og foreninger. Frivillige får enkelt oversikt over spennende organisasjoner og aktiviteter i sitt nærmiljø gjennom plattformen. Det er et krav at aktiviteter ikke drives med kommersielt formål eller brukes til å fremme kommersielle interesser.

– Vi er med på å løse problemer vi har grublet på i veldig mange år. Med detaljert forståing om helseinnovasjonen som må skje, kan vi lage teknologi som er like fristende for de på 18 år som for de på 70 år, sier Nedkvitne.

**OVERSIKT:** Friskus gir en oversikt over aktiviteter i nærmiljøet.



### Friskus i praksis

Den tverrfaglige prosjektgruppen strekker seg mellom Østlandet, Sørlandet og Vestlandet.

– Det er viktig å ha fokus på brukervennlighet for å få til et sterkt og fruktbart samarbeid mellom lokalsamfunnet, frivilligheten og offentlig sektor, sier Kjersti Nordanger, kommunalsjef i Voss kommune, som er med i prosjektet. Sogn og Fjordane Røde Kors har også vært med fra starten. Daglig leder Dag Hovland brenner for levende lokalsamfunn og mener det er ulogisk om vi ikke i 2018 har en digital samhandlingsarena.

Leder for Med Hjerte For Arendal-nettverket Lisbeth Iversen er veldig fornøyd med prosjektet.

– Dette prosjektet handler på alle måter om forebyggende folkehelse. Vi tror på en kopling mellom gode sosiale nettverk og møteplasser, og digitale kommunikasjonsmuligheter og løsninger, sier en engasjert Iversen.

### Er bekymret

Det brukes ord som revolusjon og reformasjon om den teknologiutviklingen som skjer i dag, som vil gripe inn i alles tilværelse. Det er alvorlig om man ikke klarer å mobilisere for

økt samfunnsdeltakelse. Sigrid Petersson Nedkvitne mener hele samfunnet kan bli skadelidende om man ikke klarer å utvikle brukervennlig teknologi som virker, og klarer å gjøre opplevelsen av mestring og mening tilgjengelig for alle.

«Vi er med på å løse problemer vi har grublet på i veldig mange år.»

– De som utvikler teknologi som skal brukes til å løse store helse og velferdsutfordringer, håper jeg har bønner og spenn av menneskekunnskap og helsefaglig kompetanse, sier Nedkvitne.

Hun er bekymret for hva slags samfunn hennes barn skal ta over, hvis man ikke får bukt med utenforskap, ensomhet, barnefattigdom og økende grad av psykiske vansker blant ungdom. Friskus-prosjektet handler om mye mer enn å kople og flytte oppgaver og ressurser fra A til B.

– Det haster at vi tar inn over oss at

teknologiutvikling ofte handler om mennesker og deres mulighet til et godt liv, og da må fagfolkene på banen, sier Nedkvitne.

### Prosjekt ut 2018

Det er svært ressurskrevende at alle som jobber med samfunnsdeltakelse og frivillighet, må begynne på nytt for å etablere arenaer for samhandling. Friskus-prosjektet har gitt mange erfaringer og god kunnskap om samhandling. På et eller annet tidspunkt må vi komme videre, og ikke stille de samme spørsmålene om igjen, mener prosjektdeltakerne.

De største byene deltar nå i prosjekt sammen med ti andre kommuner, blant de involverte er Arendal, Voss og Alna bydel i Oslo, sammen med deres frivillighetsnettverk. Bergen kommune og tre andre bydeler i Oslo er klare til oppstart.

### Unikt prosjekt

Friskus-plattformen skal være en digital kalender som gir oversikt over hva som skjer i lokalsamfunnet. Der kan lokalbefolkningen melde seg på arrangementer, og organisasjoner kan legge ut arrangementer. Les mer på [www.friskus.com](http://www.friskus.com) ■



# Etterlatte ved narkotikadød – den store stillheten etterpå

Hos Heidi er det stille. Ingen banker på. Ingen ringer. Lyden av stillhet er overdøvende.



Av Birthe Møgster, høgskolelektor, Sari Lindeman, stipendiat, Lennart Lorås, førsteamanuensis og Kari Dyregrov, professor, alle Høgskolen på Vestlandet

**H**eidi har nettopp fått beskjed om at sønnen, Geir, er død av overdose. Kort tid etter leser hun om dødsfallet på nettavisene og i sosiale medier.

Hun får vondt i magen. Hun får lyst til å kaste opp. Kroppen skriker av utmattelse. Sorg. Lettelse. Avmakt.

Men hos Heidi er det stille. Ingen banker på. Ingen ringer. Lyden av stillhet er overdøvende.

## Alvorlig folkehelseproblem

Hvert år dør cirka 260 mennesker av overdoser i Norge. Hele 7000–8000 dør årlig i Europa. I USA er overdosedødsfall den vanligste dødsårsaken for menn under 50 år. Norske tall viser at rusavhengige har ti til tjue ganger høyere risiko for tidlig død enn andre.

I europeisk perspektiv har Norge i flere år vært blant landene med høyest andel overdosedødsfall. Fatale overdoser er den vanligste dødsårsaken blant rusavhengige, men denne gruppen er også utsatt for høy selvmordsrisiko, vold, ulykker og sykdom. Rusrelaterte dødsfall og rusavhengiges og deres pårørendes situasjon erkjennes av myndighetene som et alvorlig folkehelseproblem. Både i Nasjonal overdosestrategi 2014–2017 og i Opptappingsplanen for rusfeltet 2016–2020 fremheves målet om «å bedre hjelpetilbudet til pårørende og

nærstående som har behov for bistand etter overdosedødsfall».

## Etterlatte strever i stillhet

Videre presiseres det at brukernes og pårørendes egne erfaringer og kompetanse skal vektlegges sterkere i utforming av tjenestetilbudene til disse målgruppene. Selv om det fra myndighetenes side også presiseres et behov for å styrke brukermedvirkning og kunnskapen om brukeres og pårørendes behov, hører vi lite fra og om gruppen som opplever dødsfall hos sine nære.

Pårørende og andre nære gjør en stor og krevende jobb, og er en stor del av den samfunnsmessige innsatsen rundt de

---

«Vi hører lite fra og om gruppen som opplever dødsfall hos sine nære.»

---

rusavhengige mens de lever. Mange pårørende lever imidlertid med usikkerhet, fortvilelse, stigma og avmakt inntil svært mange av deres nærmeste dør tidlig. Mange etterlatte har da strevd i stillhet i mange år for å forhindre den fatale overdosen. Familiemedlemmer, kjærester og venner har gitt av sin tid og sine krefter

for å beholde den de var glad i. De har tålt store skuffelser og svik.

Den frykt og uvisshet de har levd med, er vanskelig å forestille seg. Når det fatale likevel skjer, oppstår mange følelser og en komplisert sorg. En sorg som også kan være forbundet med lettelse, fordi ens egne og den rusavhengiges prøvelser tok slutt.

## Selvstigmatisering og skam

Narkotikarelaterte dødsfall skjer også ofte brått og kan være omspunnet av dramatik. Det er derfor stor risiko for langvarige og alvorlige sorg- og traume-reaksjoner. Dersom vi antar at det vil stå minst ti nære etterlatte rundt hver avdøde rusavhengige, og at belastningene kan gi livslange konsekvenser i form av forringet livskvalitet og arbeidsdyktighet, kan vi anta at vi har en stor gruppe sterkt belastede mennesker i samfunnet til enhver tid. Det er derfor åpenbart at innsatsen for å forebygge overdosedødsfall ikke er stor nok.

Mange etterlatte etter narkotikadød opplever negative holdninger og handlinger fra sine omgivelser (nettverk, lokalsamfunn, hjelpeapparat) fordi de ofte assosieres med den rusavhengige. Samfunnets negative holdninger og stigmatisering av rusmisbrukerne overføres til de etterlatte. Det kan igjen føre til selvstigmatisering og skam hos den etterlatte, noe som kan bli tungt å bære på



toppen av sorgen over å ha mistet et familiemedlem eller en venn. Det blir enda vanskeligere å dele sorgen og få støtte og anerkjennelse.

Vi vet at stigmatisering og utestengning også representerer et stort hinder for å komme tilbake til et normalt liv. Den etterlatte kan bli skjøvet ut i utenforskap, utestengt fra samfunnet. Dette vil kunne gi tilleggsbelastninger og hindre at etterlatte får den hjelpen fra storsamfunnet som de trenger.

#### Hjelpeapparatet må være på tilbudssiden

På verdensbasis finnes det lite forskning på etterlattes situasjon etter narkotika-relaterede dødsfall. Studiene som finnes, antyder at etterlatte opplever store utfordringer i form av fysiske, psykiske, eksistensielle og sosiale belastninger, mangel på hjelp fra hjelpeapparatet og stigma. Studier om andre former for unaturlig død viser at kriserammede og sårbare etterlatte ofte ikke får hjelpen de trenger dersom ikke hjelpeapparatet har en aktiv tilnærming til de rammede og er på tilbudssiden.

En liten fokusgruppestudie av helse- og sosialarbeidere innen rusomsorgen konkluderte også med at det er viktig, men vanskelig, å få til samarbeid mellom brukere (etterlatte) og profesjonelle i dette fagfeltet. Hvorfor det er slik, og hvordan det kan avhjelpes, håper vi å få vite mer om gjennom et nylig oppstartet



**TILLEGGSBELASTNINGER:** Stigmatisering og utestengning er et stort hinder for å komme tilbake til et normalt liv. Illustrasjonsfoto: Petter Lilled / Mostphotos

forskningsprosjekt ved Høgskolen på Vestlandet.

#### Folkehelseperspektiv

Det har gått åtte måneder siden Geir døde. For Heidi har lite skjedd siden da. Hun holder seg hjemme. Føler seg ensom. Få har tatt kontakt. De hun har snakket med, har ikke visst hva de skal si. De har hatt det travelt og har ikke kunne kommet

## «Den etterlatte kan bli skjøvet ut i utenforskap, utestengt fra samfunnet.»

seg unna raskt nok. Slik føles det i alle fall.

Selv fra arbeidsgiveren har det vært stille. Den eneste kontakten var det lovpålagte dialogmøtet hos Nav, der det stadig ble påpekt hvor viktig det var at hun kom seg raskt tilbake i jobb. Men Heidi klarer ikke det. Det er to måneder siden møtet. Siden har det vært stille.

Få mennesker vil tåle slike påkjenninger som Heidi opplevde, uten å trenge støtte, avlastning, sympati og forståelse. Mange av de etterlatte kan derfor slite med både fysiske og psykiske reaksjoner i årevis etter slike tap, som for noen vil gjøre det umulig for eksempel å fortsette i arbeidslivet. I en slik fortvilet livssituasjon må et samfunn stille opp. Hvis vi holder fast i estimatet om at minst ti nære står tilbake etter et overdosedødsfall, har vi 2500 nye etterlatte hvert år. Etter 20 år vil tallet være 50 000.

Vi vil hevde at politikere og myndigheter må se slike tall i et folkehelseperspektiv. Vi må arbeide for å bygge ned stigma og bygge opp tillit for å kunne yte nødvendig hjelp og støtte til de etterlatte. Som medmennesker må vi arbeide for et åpnere, mer inkluderende samfunn, motarbeide utenforskap og vise alle den respekt som medborgere i vårt samfunn skal ha. Vi må overdøve lyden av stillhet! ■

*Kronikken har tidligere vært publisert i Bergens Tidende i november 2017.*



# Hvilken sykepleier er du?



Av Linda Susanne Krüger, sykepleier, foredragsholder og praksislærer, samt levekårspoliti-ker i Stavanger Arbeiderparti

Helsevesenet har behov for mange ulike typer sykepleiere. Hvilken sykepleier er du?

**E**r du hun rolige, som ikke sier så mye og trekker seg litt unna? Han som tar all oppmerksomheten når han kommer inn i et rom? Han som alltid blander seg, uansett om han har noe med det som diskuteres eller ei? Hun som kjemper og roper? Hun som evner å lytte og trygge?

Kanskje er du ikke noen av disse. Eller kanskje er du flere? Det spiller ikke noen rolle. Poenget er at samfunnet har behov for alle de ulike personlighetene som skaper samhørighet, kjærlighet, medmenneskelighet. Forståelse, mot og indre ro. Vi er alle del av noe større enn oss selv, og bare ved selv å delta på din egen måte kan du bidra med det du maktet.

Helsevesenet har behov for mange ulike typer sykepleiere. De rolige, de tøffe, de modige og de tålmodige.

Jeg er spesielt opptatt av sykepleiere som blir helsesøstre (og -brødre). Disse sykepleierne er dem det er så stor mangel på, og så stort behov for, i skolene våre. De er det første leddet som ser barna og ungdommene hver dag, og som har et fantastisk utgangspunkt og gode muligheter for å både se, lytte og gripe inn.

Her er det plass for både den som blander seg, den som roper, og den som er i sentrum. Den det ikke er plass til,

er helsesøsteren som trekker seg unna, som lar være å involvere seg. Som ikke «ser».

## Å sette ord på det vonde

«Det er ikke bare hennes barn, barna er våre, barna er alles ansvar.»

Gard Olav Berge på Kompasset (Blå Kors i Sandnes) sa dette da jeg deltok sammen med flere andre i en panel-diskusjon etter premierevisningen av filmen *Natta da pappa hentet oss*

---

**«Her er det plass for både den som blander seg, den som roper, og den som er i sentrum.»**

---

av Steffan Strandberg, om to brødre som vokste opp med en alkoholisert mamma, og til slutt ble tatt bort derfra av pappa.

Jeg elsker dette sitatet.

Hele meg fylles av varme når jeg tenker på innholdet, betydningen, budskapet. For akkurat slik er det, vi er alle ansvarlige for barna rundt oss. Vi har

ingen rett til å lukke øynene hvis vi oppdager noe som ikke stemmer.

For en fantastisk setning Gard uttalte, den kommer til å følge meg for alltid. Fordi et av mine store mål i livet er å bruke mine erfaringer som barn av en alkoholisert pappa til å delta i debatten og gjøre terskelen litt lavere for andre som er rammet av rus i familien, til å snakke om det og be om hjelp. Tørre å sette ord på det vonde.

Det gjør jeg ved å tenke på de ordene i den setningen. Ikke glem, ikke slutt å lytte, ikke slutt å se.

## Flere voksne må tørre mer

Den første gangen jeg fortalte for en voksen at jeg strevde hjemme, var jeg midt i barneskolen og fortsatt en liten unge. Jeg fortalte til læreren min at pappa drakk veldig mye, og at jeg ikke hadde det bra.

Dessverre gjorde hun ikke noe. Kanskje var hun den stille, den som trekker seg unna. Den voksne som ikke tenker på alle barn som «sine».

Hun var den første og siste voksne personen jeg snakket med om det som plaget meg. Siden hun ikke hjalp meg, turte jeg ikke å fortelle igjen. Den gangen hadde jeg trengt han som blander seg inn i diskusjonene uansett, hun som roper og kjemper. Hun som er rolig, som lytter og trygger.

Mitt mål med å fortelle min historie

**MANGE TYPER:** Er du hun rolige, som ikke sier så mye og trekker seg litt unna? Han som tar all oppmerksomheten når han kommer inn i et rom? Hun som evner å lytte og trygge? Eller kanskje er du helsesøsteren i rosa vest? Illustrasjon: Most-photos / Nina E.H. Hauge



for dem som er interessert, er at enda flere voksne skal tørre å gripe inn. En voksen, et barn. En voksen, flere barn. Mange voksne, mange barn! Mitt mål er at sykepleieren som jobber nært barn og unge, og som ellers i jobben sin møter barn og unge, ikke skal være den personen som unnlater å gjøre noe.

### Sykepleieren er uunnværlig

Jeg pleier å si at sykepleieren er navet i sykkelhjulet. Det er sykepleieren som har oversikten, som koordinerer, som planlegger, gjennomfører og evaluerer. Som har kontakt med de ulike faggruppene som er involvert i prosessen rundt den konkrete pasienten, og som er den som i kanskje størst grad møter både pasient og pårørende i den livsfasen de er i.

Sykepleieren kan derfor ikke unnværes. Det gjelder i aller høyeste grad også helsesøsteren i skolen. Tre hundre barn per helsesøster i barneskolen, fem hundre og femti ungdommer per helsesøster i ungdomsskolen og åtte hundre ungdommer per helsesøster i videregående er den normen som fortsatt brukes av Helsedirektoratet for å sette tall på det som bør være et minimum. Denne normen er under revisjon, men uansett er den langt fra oppfylt i de aller fleste kommuner i Norge.

Vi vet at unge i dag opplever stort press på å være flinke på mange områder, og vi

vet at mange strever med psykiske plager som depresjon, angst og spiseforstyrrelser.

### Ansvaret

I alle mine år som tenåring og ung voksen strevde jeg med både nedstemthet, selvdestruktiv atferd og utfordringer i skolen. Helsesøster var ikke tilstedeværende, og heller ingen lærer tok grep. Jeg ble fortalt at jeg var kommet inn i en ond sirkel med alkohol, skulking, likegyldighet og selvdestruktivitet. Og det var helt

«Det er ikke bare hennes barn, barna er våre, barna er alles ansvar.»

*Gard Olav Berge, Blå Kors i Sandnes*

sant. Problemet var at mine utfordringer ble bare halvveis satt ord på, men at det stoppet der.

Hvis ansvarlige voksne og da spesielt helsesøstre adresserer utfordringene elevene har, griper inn og involverer andre voksne rundt barnet eller ungdommen, så ligger mye til rette for at man skal kunne hjelpe.

Det er ikke alltid så mye som skal til.

Og det er her vi igjen kommer tilbake til de ulike mennesketypene tidligere nevnt.

Det handler om hun som er stille, som evner å lytte, og som kan trygge. Det handler om han som blander seg, og som engasjerer seg. Det handler om hun som roper og kjemper. Alle disse trengs. Ikke vær en grå mus som gjemmer seg vekk bak pulten sin på kontoret med lukket dør.

### Rosa vest

På Kvernevik skole i Stavanger har helsesøster omfavnet ansvaret sitt, og det er kun fantasien som setter grenser for hennes sprell blant elevene. Hun tar på seg en rosa vest, er ute i alle friminutt, snakker med barna, er synlig – alltid, går hjem til dem hun ser har glemt å hente teaterbilletten til forestillingen som klassen skal på, involverer lærere og andre ansatte, og skolen lar henne delta i alt som er av tverrfaglighet.

Dette er en suksessoppskrift! La oss for alt i verden adoptere denne til flere ulike instanser i arbeidene våre som sykepleiere. Vi må lære oss å tenke utenfor boksen, utvide synsfeltet vårt, ikke være så tradisjonsbundet! Helsesøster: Gjør som Helsesista på Snapchat. Opprett en profil, vær tilgjengelig for barn og unge på arenaene deres.

Delta. Lytt. Grip inn. Gi håp. Trøst. Hold om. Ta grep. ■



# Sykepleiere kan forebygge lekkasje av LAR-legemidler

Legemidler som skal redusere sykdom og død blant pasienter som deltar i legemiddelassistert rehabilitering, blir solgt til rusmiddelbrukere. Sykepleiere kan forhindre at dette skjer.

## FAKTA

Av **Anne Bech**, stipendiat, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF

Artikkelen er først publisert på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)  
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2018.69953

## Introduksjon

Substitusjonsbehandling med langtidsvirkende opioider, på norsk kalt legemiddelassistert rehabilitering (LAR), reduserer dødelighet og sykkelighet hos pasienter med opioidavhengighet (1, 2). Samtidig er lekkasje av substitusjonslegemidlene til det illegale narkotikamarkedet en utfordring i mange land (3–8). Lekkasje er ofte definert som å selge eller gi bort substitusjonslegemidlene til personer legemidlene ikke er ment for. Til tross for at lekkasjeproblematikken ser ut til å være økende, finnes det få systematiske undersøkelser som kan fastslå sikkert hvor stort problemet er (3), og det er store nasjonale forskjeller (9). Det er forsket lite på hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere lekkasje av substitusjonslegemidler (10), men generelt er sykepleiere i en ideell posisjon til å forebygge lekkasje av opioider (11). Oppfølging av medikamentell behandling er tradisjonelt en sykepleieoppgave. Sykepleiere har en nøkkelrolle når det gjelder å formidle endringer i pasienters helsetilstand og rusmestring til forskrivende lege (10).

Formålet med artikkelen er å beskrive eksisterende kunnskap om lekkasje og illegal bruk av LAR-legemidlene buprenorfin og metadon. Formålet er også å beskrive tiltak sykepleiere bør kjenne til for å kunne forebygge lekkasje. Artikkelen er basert på egen klinisk erfaring og et subjektivt utvalg av aktuell litteratur. Tiltak som er relevante og overførbare til en norsk klinisk kontekst, har vært vektlagt.

## Legemiddelassistert rehabilitering

I Norge er LAR strengt regulert, og ble nasjonalt tilgjengelig fra 1998. Grunnet for å sette i gang LAR er opioidavhengighet etter diagnosekriterier gitt i klassifikasjonssystemene ICD-10 og DSM-IV (12). Illegal bruk av opioider som heroin erstattes med daglig peroral

inntak av de langtidsvirkende opioide legemidlene metadon eller buprenorfin. Legemidlene bidrar til stabil opioideffekt, og ved riktig dosering skal pasienten verken være abstinent eller ruspåvirket (1).

Ifølge LAR-forskriften er særregulering nødvendig på grunn av bruken av sterkt vanedannende legemidler (13). Både metadon og buprenorfin har stort misbrukspotensial og er ettertraktet i rusmiljøene (5). Andelen LAR-pasienter i Norge som bruker metadon, har gått jevnt nedover de siste årene. I 2016 brukte 38 prosent metadon, 39 prosent monopreparatet buprenorfin, 20 prosent brukte kombinasjonspreparatet Suboxone® og 3 prosent andre opioide legemidler (14). Ved utgangen av 2016 var 7554 pasienter i LAR-behandling i Norge (14).

## Illegal bruk av LAR-legemidler

Den vanligste misbruksmåten for buprenorfin er at tablett eller film løses opp i vann og injiseres, og buprenorfin gir da en morfinliknende rus. Buprenorfin kan også sniffes, inhaleres/røykes eller tas sublingvalt (under tungen) for å oppnå ruseffekt (4, 8). Metadon drikkes eller injiseres. Generelt vurderes buprenorfin å ha lavere potensial for eufori sammenliknet med metadon (8).

**Sammendrag:** Lekkasje av legemidlene metadon og buprenorfin (for eksempel Subutex®) til det illegale narkotikamarkedet er en utfordring i de fleste land som tilbyr substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet. Formålet med artikkelen er å beskrive eksisterende kunnskap om lekkasje og illegal bruk av LAR-legemidler. Sykepleiere kan forebygge lekkasje av legemidlene ved å ha oppdatert kunnskap om legemidlene, og ved å ha fokus på pasienters psykososiale situasjon og tiltak for å stoppe pågående rusmiddelbruk.

### Klassifikasjonssystem ICD-10 og DSM-IV

I klassifikasjonssystemene ICD-10 og DSM-IV defineres rusmiddelavhengighet som en biopsykososial lidelse med forekomst av flere diagnosekriterier i løpet av de siste 12 månedene. Jevnlige tilførsel av opioider fører til langvarige endringer i sentralnervesystemet som ledsages av

- toleranseøkning for visse opioideffekter
- abstinensreaksjoner ved avbrudd av opioidtilførsel
- endringer i motivasjonsbanene i hjernen
- endringer i stressreguleringen
- svekket overordnet styring gjennom påvirkning av funksjoner i fremre hjernelapp

Av disse fem forholdene anses de tre siste å være det nevrobiologiske grunnlaget for opioidavhengighet.

Kilde: helsebiblioteket

LAR-legemidlene brukes illegalt for å oppnå eufori/ruseffekt, vanligvis som en del av blandingsmisbruk (5). Andre årsaker til illegal bruk er pris og tilgjengelighet (4). Selv om heroin fortsatt dominerer som hovedrusmiddel blant dem som søker seg inn i behandling for opioidavhengighet i Europa, oppgir 20 prosent at hovedrusmiddel er opioider som metadon, buprenorfin eller fentanyl (15), som er et syntetisk opioid som er 100 ganger mer potent enn morfin.

I noen land er substitusjonsbehandling lite tilgen-

«Generelt er sykepleiere i en ideell posisjon til å forebygge lekkasje av opioider.»

gelig. For personer med etablert opioidavhengighet uten substitusjonsbehandling kan illegal bruk av buprenorfin være et forsøk på å redusere bruk av heroin, eller et forsøk på å selvmedisinere/behandle

**SALG:** Medikamenter blir solgt på det illegale markedet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

opioidavhengighet, lindre abstinenssymptomer og redusere skader knyttet til injisering.

Ved slik selvmedisinering kan den illegale bruken ha noen positive effekter (4), og være mindre helseskadelig enn injisering for å oppnå ruseffekt (16). Lengre perioder med selvmedisinering utenfor substitusjonsbehandling kan også skyldes vanskeligheter med å forbli i behandling, ambivalens på grunn av kontrollrutiner i behandlingen eller stigmatisering fra andre i rusmiljøet (17).

For pasienter i substitusjonsbehandling kan årsker til illegal bruk av metadon og buprenorfin være utilstrekkelig dosering av LAR-legemidlene (4), eller ønske om ruseffekt.

#### Lekkasje av LAR-legemidlene

I Europa er det anslått at 24 prosent av pasientene med substitusjonsbehandling har solgt, byttet eller gitt bort substitusjonslegemidler, mens i Norge er dette anslått til 26 prosent (9).

I Oslo hadde 27 prosent av injiserende rusmiddelbrukere brukt illegale LAR-legemidler siste fire uker, ofte i tillegg til andre rusmidler (16). Gjersing og Sandøy (18) fant signifikante forskjeller mellom byene i illegal bruk av LAR-legemidler, med forekomst på 13–27 prosent på buprenorfin og 3–15 prosent på metadon.

Den sterkeste risikofaktoren for at LAR-pasienter skal selge eller gi bort sine LAR-legemidler, er at de selv bruker rusmidler, og spesielt at de injiserer rusmidler (5, 6, 8, 19). Bruk av rusmidler krever penger, og det å

eller bytter til seg andre rusmidler (6, 19). Kontakt med rusmiljøet kan også gi økt risiko for lekkasje (5).

Helserisiko ved lekkasje av LAR-legemidler er økt dødelighet og sykkelighet (8), inkludert helseskader på grunn av injisering, som abscesser, infeksjoner, embolier, endokarditt, sepsis, hiv og hepatitt C-infeksjon (4). Det er bekymringsfullt at lekkasje av LAR-legemidler kan bidra til å utvikle avhengighet hos nye brukere og hos personer som eksperimenterer med illegale rusmidler (3, 4).

Lekkasje kan også påvirke befolkningens holdninger til LAR negativt (8, 16). Selv om enkelte argumenterer for at lekkasje og illegal bruk er mindre skadelig enn antatt, spesielt hvis heroinbruk er alternativet (4, 16), er det et mål å holde lekkasje av LAR-legemidler på et så lavt nivå som mulig (1).

#### Riktig LAR-legemiddel i riktig dose

De ulike LAR-legemidlene har sine fordeler og ulemper som sykepleiere må kjenne til. I Norge er buprenorfin førstevalg i LAR-behandling. Buprenorfin har en takeffekt på respirasjonsdemping (12). Dose-responskurven ved bruk av metadon er lineær, det vil si at effekten av metadon øker med økt dosering. Når det gjelder buprenorfin, er dose-responskurven avflatende over en viss dose. I høye doser gir derfor buprenorfin mindre grad av respirasjonsdemping enn metadon, noe som gjør at overdoserisikoen er lavere med buprenorfin enn med metadon. Buprenorfin monopreparat finnes som resoritablett, som administreres sublingvalt for oppsuging gjennom munnslimhinnen. Buprenorfin finnes også som kombinasjonspreparatet Suboxone®, som inneholder buprenorfin og nalokson i en 4:1-ratio. Gjennomsnittlig daglig dosering er 13–15 mg. Buprenorfin kan på grunn av oppsugingstiden være lettere å lure unna enn metadon, selv om inntaket er overvåket. Tabletter kan lett plasseres et annet sted i munnen enn under tungen (1), for så å tas ut når observasjonstiden er over. Det er vanskeligere å lure unna metadon siden metadon drikket.

Formålet med Suboxone® er å redusere risiko for injisering og lekkasje til det illegale markedet (12). Hvis Suboxone® injiseres, vil nalokson kunne blokkere den euforiske effekten av buprenorfin og fremskynde abstinensreaksjoner, mens nalokson i hovedsak er inaktiv ved sublingval administrasjon (4). Suboxone® er derfor ofte førstevalg til LAR-pasienter som har pågående rusmiddelbruk.

Samtidig kan det se ut som naloksonkomponenten i Suboxone® ikke reduserer den euforiske effekten av

## «LAR-legemidlene brukes illegalt for å oppnå ruseffekt.»

selge (deler av) sin medisin er en måte å tjene penger på (5, 6, 19–21).

Noen trapper ned dosen, enten fordi de ikke trenger hele dosen selv (6, 21), eller de lar være å ta forskrevet dose for å oppnå ruseffekt av heroin ved å unngå den blokkerende effekten av buprenorfin (20). Andre motiver kan være å hjelpe en venn eller partner. Det å kunne hjelpe en venn som har abstinenser, blir av rusmiddelbrukere sett på som positivt og moralsk riktig (7), med liten risiko for å bli oppdaget (20).

Lekkasje kan derfor sees på som forståelig og noe som forventes av pasienter i LAR (20). Det er ikke vanlig å gi bort LAR-legemidler gratis (6). De fleste selger LAR-legemidler til venner eller personer i sitt rusmiljø,



**BLIR PASSET PÅ:** Det er vanlig at folk som får legemiddelasistert rehabilitering, må ta legemidlene under overvåkning. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

buprenorfin i særlig grad hvis Suboxone® injiseres eller sniffes av personer som ennå ikke har utviklet toleranse for opioider (4, 8). Man unngår derfor ikke helt problematikken rundt lekkasje og illegal bruk (3).

Suboxone® prises likevel lavere på det illegale markedet enn buprenorfin monopreparat, og regnes som noe mindre attraktivt (5, 8, 21). Suboxone® finnes både som sublingval tablett og film. Lekkasje og injisering av Suboxone® film ser ut til å være tilsvarende Suboxone® tablett og metadon, men lavere enn ved bruk av buprenorfin monopreparat (22). Suboxone® film kan være bedre til å forebygge lekkasje enn Suboxone® tabletter når inntaket er overvåket, fordi filmen fester seg raskt og løses opp, og dermed er vanskelig å ta ut eller flytte når den først er administrert (23).

Verdens helseorganisasjon anbefaler metadon som førstevalg i substitusjonsbehandling, blant annet på grunn av kost-nyttevurderinger og erfaringer knyttet til lekkasje og illegal omsetning av buprenorfin. Metadon doseres som regel en gang i døgnet og inntas vanligvis som mikstur. Gjennomsnittlig daglig dosering av metadon i Norge er 93 mg (14). I noen land tynnes metadon ut for å redusere risiko for injisering (3). Fordeler ved valg av metadon må veies opp mot fare for overdose ved illegal bruk (5).

Launonen og kolleger (6) fant at buprenorfindoser på under 9 mg/dag kan øke risiko for lekkasje. Årsaken er

at subterapeutisk dosering øker risikoen for tilbakefall, som igjen øker risiko for å selge eller gi bort hele eller deler av dosen. Andre studier har ikke funnet denne sammenhengen mellom lav dosering og lekkasje (5).

Sykepleiere bør, sammen med lege, være oppmerksomme på de LAR-pasientene som har lav dosering for å sikre riktig dose og optimal behandling (6). For

---

## «Det å selge sin medisin er en måte å tjene penger på.»

---

å redusere risiko for rusmiddelbruk er det anbefalt at buprenorfin ikke doseres under 12 mg/dag (14). I valg av LAR-legemiddel må det gjøres en helhetsvurdering ut fra pasientens situasjon og ønsker, legemidlenes virkning og bivirkningsprofil, hvilke utleveringsalternativer som finnes, og pasientens rusmestring.

### Kontroll versus tilgjengelighet

Kontrolltiltak som overvåket inntak er ment å hindre at LAR-legemidlene inntas av andre enn pasienten selv eller i strid med legens forskrivning (13). Regelmessig oppmøte for overvåket inntak av LAR-legemidler er vanlig. I 2016 var gjennomsnittlig utlevering i Norge 3,8 ganger i uken. 51 prosent av pasientene fikk LAR-le-





**MISBRUK:** Den vanligste misbruksmåten for buprenorfin er at tablett eller film løses opp i vann og injiseres, og buprenorfin gir da en morfinliknende rus. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

gemiddelet utlevert på apotek. Resten fikk LAR-legemidlene utlevert av kommunale tjenester, ved egne LAR-sentre, institusjoner eller fengsel (14).

Det er en balanse mellom den godt dokumenterte nytten av substitusjonslegemidlene og samfunnets behov for kontroll for å unngå lekkasje (12). Verdens

## «Helserisiko ved lekkasje av LAR-legemidler er økt dødelighet og sykkelighet.»

helseorganisasjon anbefaler at alle pasienter skal ha overvåket inntak av substitusjonslegemidlene i starten av behandlingen, og at pasienter kan få «ta-med-hjem»-doser når de viser stabilitet (1). Dette gjenspeiles også i den norske LAR-retningslinjen. Nøkkelementer ved stabilitet er at pasienten bør ha bolig, arbeid, ikke være avhengig av flere rusmidler og ha sluttet å injisere (1). Litteraturen er relativt samstemt i at overvåket inntak vil kunne redusere lekkasje, spesielt i begynnelsen av behandlingen og for pasienter som ikke er stabile (1, 3, 24).

Samtidig understreker Verdens helseorganisasjon at daglig overvåket inntak av substitusjonslegemidlene er svært inngripende, og evidensgrunnlaget er lavt (1). Streng kontrollrutiner kan medføre høyere terskel for enkelte til å søke LAR, og gi større frafall fra behandling (1, 16), noe som ikke er ønskelig. Mange pasienter opplever kontrolltiltakene som nedverdiggende (20, 21), og strenge kontrollrutiner kan begrense muligheten for rehabilitering og arbeid (9). Økt kontroll er også ressurskrevende (1, 6, 20). Det er ikke enkelt å finne den riktige balansen mellom kontroll og tilgjengelighet, og det er et dilemma med både en faglig og etisk side. Det er usikkert om strengere kontroll enn vi har i dag, vil kunne redusere lekkasje i særlig grad (6). Sykepleiere må tematisere balansen mellom kontroll og tilgjengelighet, og løsningen må finnes i samarbeidet med den enkelte pasient.

### Helhetlig behandling forebygger lekkasje

God klinisk praksis, sammen med kunnskap om lekkasjeproblematikk og hvordan dette kan forebygges, er viktig (15). Leger som forskriver LAR-legemidler, må ha kunnskap om trygg forskrivning av opioider. Dette inkluderer blant annet grundig vurdering ved oppstart, og regelmessig oppfølging av pasienten for vurdering av stabilitet og effekt av behandlingen (3). Hvor mye av oppfølgingen sykepleiere kan gjøre, vil avhenge av stilling, kompetanse og erfaring. Bruk av urinprøver og uanmeldt tilbakekallelse for optelling av medikamentene kan være måter å følge opp pasienter som får «ta-med-hjem»-doser (3, 10). Helsepersonell bør også samarbeide med utleverende instans, hvor eventuelle uteblivelser og klinisk vurdering av pasientens rusmestring tematiseres (1).

Pasientene bør få opplæring i sikker bruk, oppbevaring og eventuell kassering av legemidlene (3, 11). Samtidig er informasjon og undervisning alene ikke nok til å endre pasienters normer og atferd (20). For å redusere lekkasje og illegal bruk av LAR-legemidler bør sykepleiere fokusere på tiltak for å redusere eller stoppe pågående rusmiddelbruk, og fokusere på pasienters psykososiale situasjon (5). Det gjelder spesielt de pasientene som injiserer (6, 25).

Det å bistå pasienter med å bryte med et kriminelt miljø og legge til rette for mulighet til arbeid eller aktivitet kan gi mulighet for nytt sosialt nettverk, noe som igjen kan bidra til å redusere lekkasje og illegal bruk (5, 20). Sykepleiere og annet helsepersonell bør være oppmerksomme på pasienters egne strategier for å unngå lekkasje, som for eksempel å bytte apotek



eller tidspunkt for å unngå å møte potensielle kjøpere (7). Respekt for pasientenes erfaringer kan gi økt pasientfornøydhet, som også kan forebygge lekkasje (20).

På systemnivå er god tilgang til substasjonsbehandling viktig for å redusere etterspørselen av illegale LAR-legemidler (5, 20). Verdens helseorganisasjon anbefaler at nytte- og skadeperspektivet ved substasjonsbehandling bør evalueres jevnlig, inkludert overvåkning av omfanget av lekkasje (1). Dette gjøres blant annet i Bergen. Førre var-rapporten, som kommer ut to ganger i året, gir oversikt over rusmiddeltrender, inkludert tilgjengelighet av LAR-legemidler i rusmiddelene (26).

### Kliniske implikasjoner

Det kan være mange ulike årsaker og motiver for lekkasje og illegal bruk av LAR-legemidler. Selv om kontrolltiltak som overvåket inntak av LAR-legemidler ofte vektlegges, er det viktig å finne en balanse mellom tilgjengelighet og kontroll.

Sykepleiere må ha gode kunnskaper om fordeler og ulemper ved de ulike LAR-legemidlene, og ha et helhetlig perspektiv på behandling for å forebygge lekkasje. For å kunne fange opp endringer er regelmessig oppfølging og klinisk vurdering av de pasientene som får «ta-med-hjem»-doser, anbefalt. På systemnivå bør flere helseforetak utvikle systemer som gir oversikt over rusmiddeltrender og lekkasje av LAR-legemidler lokalt. ■

### Referanser

1. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [internet]. World Health Organization; 2009 [siteret 08.05.2015]. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/treatment\\_opioid\\_dependence/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/)
2. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2011;106(1):32–51.
3. EMCDDA. Perspectives on drugs: strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications [internet]. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2016 [oppdatert 31.05.2016; sitert 19.03.2018]. Tilgjengelig fra: [http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-diversion-of-opioid-substitution-treatment\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-diversion-of-opioid-substitution-treatment_en)
4. Yokell MA, Zaller ND, Green TC, Rich JD. Buprenorphine and Buprenorphine/Naloxone diversion, misuse, and illicit use: an international review. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(1):28–41.
5. Johnsen B, Richert T. Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: prevalence estimates and risk factors. *Int J Drug Policy*. 2015;26(2):183–90.
6. Launonen E, Alho H, Kotovirta E, Wallace I, Simojoki K. Diversion of opioid maintenance treatment medications and predictors for diversion among Finnish maintenance treatment patients. *Int J Drug Policy*. 2015;26(9):875–82.
7. Havnes IA, Clausen T, Middelthun AL. «Diversion» of methadone or buprenorphine: «harm» versus «helping». *Harm Reduction Journal*. 2013;10(24).
8. Soyka M. Buprenorphine use and risk of abuse and diversion. *Advances in Pharmacoeconomics and Drug Safety*. 2014;3(1).
9. Dale-Perera A, Goulao J, Stöver H. Quality of care provided to patients receiving opioid maintenance treatment in Europe: results from the EQUATOR analysis. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 2012;14(4):23–38.
10. Registered nurses' association of Ontario. Best practice guidelines: supporting clients on methadone maintenance treatment [internet]. Ontario: RNAO; 2009 [siteret 08.03.2015]. Tilgjengelig fra: <http://mao.ca/bpg/guidelines/supporting-clients-methadone-maintenance-treatment>
11. Manworren RC, Gilson AM. Nurses' role in preventing prescription opioid diversion. *The American Journal of Nursing*. 2015;115(8):34–40.
12. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelassisteret rehabilitering ved opioidavhengighet [internet]. Oslo: Helsedirektoratet; 2010 [oppdatert 22.09.2014; sitert 19.01.2015]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassisteret-rehabilitering-ved-opioidavhengighet>
13. Forskrift 18. desember 2009 nr. 1641 om legemiddelassisteret rehabilitering (LAR-forskriften). Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/forskrift/2009-12-18-1641> (nedlastet 19.01.2015).
14. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Skeie I, Håseth A, Lillevold PH. Statusrapport 2016. Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling? Oslo: Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan; 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/seraf-rapport-nr-2-2017-statusrapport-2016.pdf> (nedlastet 01.03.2018).
15. Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk. Europeisk narkotikarapport 2017: trender og utviklinger. Belgia: Europeisk overvåkningscenter; 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT1700INON.pdf> (nedlastet 24.03.2018).
16. Bretteville-Jensen AL, Lillehagen M, Gjersing L, Andreas JB. Illicit use of opioid substitution drugs: prevalence, user characteristics, and the association with non-fatal overdoses. *Drug and Alcohol Depend*. 2014;147:89–96.
17. Richert T, Johnsen B. Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: the case of Sweden. *Harm Reduct J*. 2015;12(12):1–14.
18. Gjersing L, Sandøy TA. Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2014.
19. Johnson B, Richert T. Diversion of methadone and buprenorphine from opioid substitution treatment: patients who regularly sell or share their medication. *J Addict Dis*. 2015;34(1):1–17.
20. Johnson B, Richert T. Diversion of methadone and buprenorphine from opioid substitution treatment: the importance of patients' attitudes and norms. *J Subst Abuse Treat*. 2015;54:50–5.
21. Lundeberg IR, Mjåland K. Åpne russcener i Bergen etter stengningen av Nygårdsparken: en studie av strategi, tiltak og brukererfaringer. Bergen: Universitetet i Bergen; 2017.
22. Laranca B, Lintzeris N, Ali R, Dietze P, Mattick R, Jenkinson R, et al. The diversion and injection of a buprenorphine-naloxone soluble film formulation. *Drug Alcohol Depend*. 2014;136:21–7.
23. Rosenthal RN, Goradia VV. Advances in the delivery of buprenorphine for opioid dependence. *Drug design, development and therapy*. 2017;11:2493–505.
24. Wright N, D'Agnone O, Krajci P, Littlewood R, Alho H, Reimer J, et al. Addressing misuse and diversion of opioid substitution medication: guidance based on systematic evidence review and real-world experience. *Journal of Public Health*. 2016;38(3):e368–e74.
25. Launonen E, Wallace I, Kotovirta E, Alho H, Simojoki K. Factors associated with non-adherence and misuse of opioid maintenance treatment medications and intoxicating drugs among Finnish maintenance treatment patients. *Drug Alcohol Depend*. 2016;162:227–35.
26. Knoff RV, Flesland L. Førre var – Rustrender i Bergen 02/17. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikene; 2017. Tilgjengelig fra: <http://korus.azurewebsites.net/wp-content/uploads/2017/12/fore-var-host-2017.pdf> (nedlastet 01.04.2018).



# Vi er helsepersonell, ikke dealere med autorisasjon



Av Ida Solbakken,  
sykepleier

Pasienter som substitusjonsbehandles, utfører mindre kriminalitet. Er det derfor så mange som ikke bruker heroin og andre opioider, får LAR-medisiner?

**J**eg har inntil nylig jobbet i et tungt belastet rusmiljø som sykepleier i et par år. Jeg ønsker å dele noen av mine erfaringer med LAR (legemiddelasistert rehabilitering) og de etiske og moralske utfordringene vi ser daglig.

LAR er i utgangspunktet et velmenende og bra tiltak. Men i praksis er det noe helt annet enn det som var intensjonen. Nå kjenner jeg ikke til hvordan LAR praktiseres andre steder enn i kommunen hvor jeg selv var ansatt. Målet med dette innlegget er heller ikke å svartmale LAR, men å vise hvordan det av og til kan være ute i kommunen.

## Kaotiske liv

LAR-medisiner var ment å være bare ett av leddene i rehabiliteringen; samtaler og tett oppfølging skulle ha like stor plass. Slik er det dessverre ikke i dag. Dersom du som pasient ikke møter til avtalt time to ganger på rad, er du ansett som avsluttet. Da får du ikke nye samtaletilbud med mindre du gjør noe for å få det selv – selv om du fortsatt mottar LAR-medisinene.

Vet egentlig LAR hvilke pasienter de har? Det er rusavhengige mennesker som i de fleste tilfeller lever

kaotiske liv, hvor døgnrytmen ikke nødvendigvis sammenfaller med det tidssystemet alle vi andre bruker, som kalles klokken.

## Trusler om vold eller selvmord

LAR er i utgangspunktet ment for mennesker som har misbrukt opioider over lengre tid. I Nasjonal retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet står det at indikasjonen for igangsettelse av LAR er opioidavhengighet som skal ha hatt

---

«Det finnes mennesker som har misbrukt amfetamin i årevis, som også får LAR-medisiner.»

---

et visst omfang og varighet før man setter i gang med medisiner (1).

Men det er ikke bare denne gruppa som er under LAR. Det finnes mennesker som har misbrukt amfetamin

i årevis, som også får LAR-medisiner. Jeg og kollegene mine har vært med på slike møter, der pasientene enten truer med omfattende vold, eller kommer med trusler om å ta sitt eget liv, dersom de ikke får LAR-medisiner.

I studien «Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal cohort study» konkluderes det med at dersom pasienter substitusjonsbehandles, ser man lavere tendenser til kriminalitet (2). Er det derfor så mange som ikke bruker heroin og andre opioider, får legemidler som Subutex, Suboxone eller metadon? Er det for å holde statistikken på kriminelle handlinger nede? Jeg bare spør.

## Metadon på legevakta

Det skal ifølge retningslinjene et omfattende regime inn før man får komme inn i LAR. Det er snakk om kliniske tester, samtaler og overvåking av vitale tegn underveis for å sikre at man lander på rett dosering og ikke får mange uønskede bivirkninger. Vi må huske på at dette er tunge, omfattende medisiner.

Dette skal gjøres inne på avdeling, hvor pasientene skal avruses først. Dersom de står på andre medikamen-

---

ter, som for eksempel benzodiazepiner, skal disse trappes ned, slik at de ikke utgjør en fare for behandlingen.

En episode fra min tid i rusfeltet var at en pasient som ikke var i LAR, fikk metadon på legevakta. Her har altså en lege gitt metadon til et menneske han ikke kjenner, eller har mulighet til å observere etter inntak, med et omfattende rusbruk fra før. Kun for at pasienten kanskje ble høylytt, og at det var den eneste måten å få vedkommende ut på?

#### **Får LAR-medisiner for å slippe prostitusjon**

Vi må heller ikke glemme at LAR-medisiner er en inntektskilde for svært mange. Prostitusjon er et kjent faktum i rusmiljøene, og dersom disse menneskene har mulighet til det, vil de selge overskuddsmedisin for å slippe å prostituere seg.

Det å prostituere seg for å få penger til neste skudd, eller få råd til å kjøpe seg middag, er trist. Det er et grusomt traume for den det gjelder, og det etterlater seg dype sår på mange områder av livet. Nå sier ikke jeg at vi skal gi ut gratis medisiner til alle for å forebygge prostitusjon, men jeg sier at dersom man skal velge mellom to onder, så vil dette være



**LEKKASJE:** – Jeg vet at det finnes tilfeller hvor behandlende lege kjenner til at pasienten prostituerer seg, og hvor pasienten får en noe høyere dose enn nødvendig for å kunne selge overskuddet i stedet for å prostituere seg, skriver kronikkforfatteren. Bildet viser en LAR-pasient som knuser Subutexen. Arkivfoto: Marit Fonn

det beste alternativet for dem det gjelder.

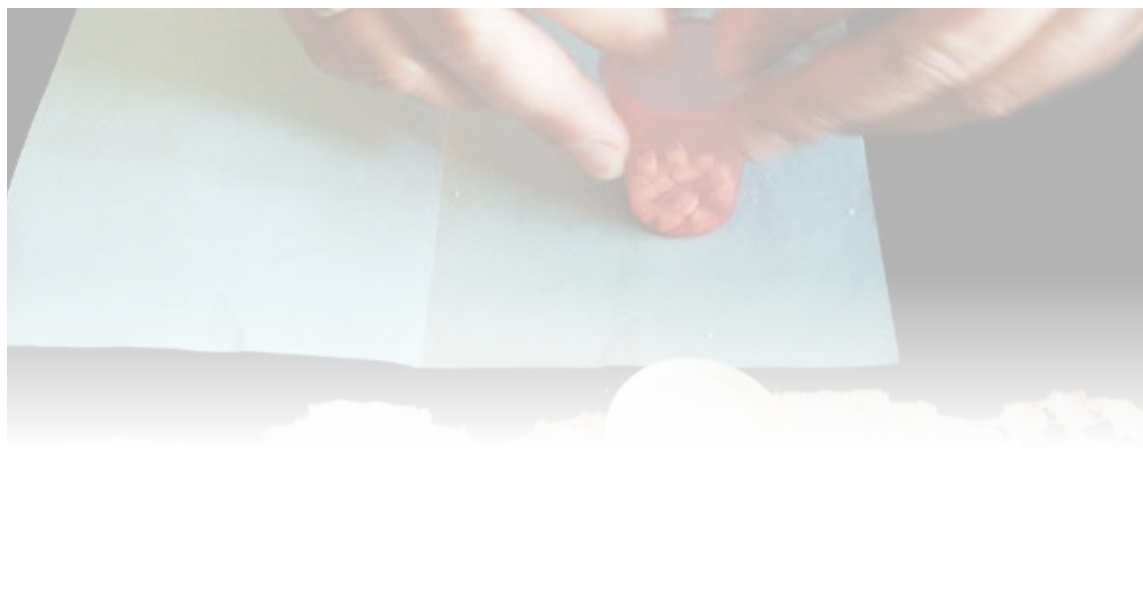
Jeg vet at det finnes tilfeller hvor behandlende lege kjenner til at pasienten prostituerer seg, og hvor pasienten får en noe høyere dose enn

nødvendig, nettopp for dette formålet.

#### **Vi er helsepersonell, ikke dealere**

Det er ikke bare pasientene i LAR som opplever utfordringer





med LAR. Det gjelder også personalet på de avdelingene som deler ut LAR-medisiner til sine beboere, brukere eller pasienter.

Vi som helsepersonell har et personlig ansvar for den medisinen vi gir ut. Det er strengt regulert hvordan man skal gi ut LAR-medisin. Når vi vet at pasienten som får sin medisin hos oss, selger denne videre, er vi ikke da med på å distribuere denne medisinen til gata? Hva skulle så skje dersom kjøperen får en overdose av denne medisinen? Er det også mitt ansvar som sykepleier?

Det har vært flere runder i personalgruppen hvor samtlige med utleveringskompetanse vegrer seg for å gi medisin, nettopp på grunn av at vi er personlig ansvarlig for hva som skjer med medisinen. Vi er helsepersonell, ikke dealere med autorisasjon.

#### **LAR må ta ansvar**

Vi har så klart meldt ifra om forholdene, både til ledelsen og til LAR. Det virker ikke som det er noen lett løsning på disse problemene. LAR ønsker ikke å frata noen sin medisin på grunn av økt overdosefare, noe jeg er helt enig i. Men LAR må komme på banen og ivareta sine pasienter. De må tilby samtaler, hjelp til å mestre hverdagen og videre tett oppfølging.

Mange av disse menneskene ønsker seg en fast plass å bo og en liten jobb som fyller hverdagen med noe annet enn rus og kriminalitet. Disse men-

---

**«Når vi vet at pasienten som får sin medisin hos oss, selger denne videre, er vi ikke da med på å distribuere denne medisinen til gata?»**

---

neskene er som alle andre, de trenger bare litt mer motivasjon og hjelp fra systemene rundt seg for å klare det. Det er vår jobb å finne gode løsninger sammen med dem, og ikke gi dem Subutexen og så satse på at de går og finner seg en bolig og jobb selv.

Det er også sann at vi som deler ut slike typer medisiner, oftere er utsatt for vold og alvorlige trusler. I retningslinjene for LAR (1) kommer det frem at

dersom pasienten truer til seg medisinen, skal han bare få den. Greit, men hva med personalet som blir utsatt for dette? Hvordan skal LAR ivareta helsepersonell som opplever å bli drapstruet eller i verste fall utsatt for vold mens de gjør jobben sin, delegert fra LAR?

#### **Imøtekomme pasientgruppen**

Jeg tror at det ikke vil la seg gjøre å stoppe lekkasjen av LAR-medisiner til gata. Det vi derimot kan gjøre, er å ha forståelse og legge til rette på en bedre måte for de menneskene som skal ha observert inntak, slik at de ikke føler seg krenket. Gi pasientene rom til å være ærlig, og det må et tverretattlig samarbeid til, slik at både helsepersonell og pasienter føler seg trygge når de skal gi/få medisiner.

Vi må også huske på hvilken pasientgruppe dette er, og tilrettelegge ut fra det. Kanskje må vi bli flinkere til å imøtekomme disse menneskene der de er, og ikke ha en forventning om at de skal imøtekomme oss.

Det skal også nevnes at det er mange pasienter som er i LAR som har vist en god tilfriskning, og som kan hente medisinen sin uten noe videre problemer. Det er ikke dem jeg har fokusert på i dette innlegget. ■



# Ny psykiatrisk legevakt i Porsanger

Porsanger kommune ligger dårligere an enn ellers i landet når det gjelder psykiske lidelser, særlig blant unge mennesker. I januar 2017 ble derfor Psykiatrisk legevakt i Porsanger opprettet.

Tekst **Tor Christian Bjelland**, redaktør, Psykisk helse og rus

Utgangspunktet for opprettelsen av Psykiatrisk legevakt i Porsanger (PIP) var at legene ved legevaktordningen i Porsanger opplevde det som krevende å håndtere henvendelser som gjaldt rus og psykiatri.

– Legene ble utsatt for trusler, sier Lene Gregersen.

Gregersen er en av initiativtakerne til den psykiatrisk legevakten. Hun forteller at flere pasienter følte seg avvist på legevakten, og at det ble brukt for mye tvang.

PIP er et støttetilbud til etablert legevaktstjeneste. Før prosjektet ble igangsatt, var bare én av fem legestillinger i kommunene besatt, og pasientene ble ofte møtt av vikarer med lite kunnskap om rus og psykisk helse.

## Psykiatrisk sykepleie

PIP er organisert slik at det i praksis er én psykiatrisk sykepleier som har hjemmevakt fra torsdag ettermiddag til mandag morgen. Den psykiatriske sykepleieren kontaktes av legevakt og kommer for å støtte legene i å gjøre vurderinger og finne gode hjelpetiltak. Psykiatriske sykepleiere med lang erfaring, som også har god kjennskap til kommunen, er knyttet til prosjektet. Tilbudet blir finansiert av Porsanger

kommune og Fylkesmannen i Finnmark.

## Gode erfaringer

Erfaringene med PIP er svært gode. Kommunen har fått på plass flere faste leger. Én hevder at PIP var utslagsgivende for at han takket ja til jobb i kommunen. Legene setter stor pris på støtten de får fra de psykiatriske sykepleierne.

Gregersen forteller at pasienter og pårørende er veldig fornøyde med tilbudet. Det er tydelig nedgang i antallet trusler mot ansatte ved legevaktene.

– Vi har unngått akutt innleggelse med ambulansefly og ved flere anledninger unngått innleggelse på akutt post med tvang, forteller hun.

## Suksesskriterier

Porsanger kommune har om lag 4000 innbyggere. Ifølge tall fra Folkehelseinstituttets folkehelseprofil har kommunen en overrepresentasjon av psykiske lidelser, særlig blant unge. Gregersen er klar på hva hun tror er årsaken til at tilbudet oppleves som en suksess blant kommunens innbyggere og legene i legevaktordninger.

– Vi har fått til et godt samarbeid mellom yrkesgruppene, og tilbudet



**PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE:** F.v. Lene Gregersen, Vibeke Olsen og Anita Melsbø ved Psykiatrisk legevakt i Porsanger. Foto: Privat.

er sterkt forankret i administrativ og politisk ledelse i kommunen, sier hun. Videre understreker hun hvor avgjørende det har vært å ha psykiatriske sykepleiere knyttet til PIP.

Erfaring og kunnskap om lokalsamfunnet skaper trygghet i møte med pasientene. Det er nå fattet nytt politisk vedtak i kommunestyret om å drive PIP videre.

– Vi har funnet et billig og godt tilbud til denne pasientgruppen, og vi er stolte over det vi har klart å få til med ganske få ressurser her i Porsanger, avslutter Gregersen. ■



# Norsk-estisk samarbeid om relasjonsbygging i psykiatriske avdelinger

Oppholdet på en psykiatrisk avdeling blir mer vellykket når pasientene opplever å bli lyttet til. En miljøterapeutisk tilnærming kan tilrettelegge for kommunikasjon og relasjonsbygging mellom ansatte og pasienter.

## FAKTA

Av **Ingun Pahr**, høyskolelektor, VID vitenskapelige høyskole

**Herdis Ragnes**, rådgiver og psykiatrisk sykepleier, VID vitenskapelige høyskole

**Liv Bech Johannessen**, fagutviklingssykepleier, Lovisenberg Diakonale Sykehus

**Hans Martin Nussle**, spesialrådgiver, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no  
DOI-NUMMER: 10.4220/  
Sykepleiens.2018.65328

**H**østen 2014 og våren 2015 ble det etablert et samarbeidsprosjekt mellom Høyskolen Diakonova (Diakonova), Lovisenberg Diakonale Sykehus (Lovisenberg) og sykehuset Narva Haigla (Narva) i Estland. Temaet for samarbeidet var miljøterapi i psykiatrisk avdeling.

Prosjektet kom i stand etter at ansatte fra Narva hospiterte på psykiatrisk avdeling ved Lovisenberg og i kommunehelsetjenesten i en bydel i Oslo. På bakgrunn av hospiteringen ønsket de ansatte fra Narva å utvikle sine kunnskaper om miljøterapi og miljøterapeutisk tilnærming.

St.meld. nr. 14 (2008–2009) Internasjonalisering av utdanning slår fast at internasjonalt samarbeid kan styrke utviklingen av flerkulturell forståelse. Stortingsmeldingen påpeker at internasjonalisering er et satsingsområde for utdanningsinstitusjonene i Norge (1, 2).

I tillegg gir prosjektsamarbeid og studentutveksling språk- og kulturkompetanse og kan videreutvikle samarbeidet mellom høyskole og praksis (3). Med dette som grunnlag ønsket vi på høyskolen Diakonova og Lovisenberg Diakonale sykehus å arbeide sammen med praksisstedet Narva i Estland.

## Bakgrunn

I Norge er miljøterapi en del av behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Både teori og forskning understreker at god miljøterapi kjennetegnes ved at pasienten er delaktig i sin egen behandling (4–8).

De ansatte fra Narva beskriver derimot sin behandlingsskiltur som hovedsakelig biomedisinsk, hvor behandling med medikamenter står i sentrum. Det er mindre vekt på en dialog innad i kollegiet for å legge til rette for at pasientene skal medvirke til behandlingen.

Delegasjonen fra Narva ønsket undervisning om Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser (se under). Modellen handler om tenkning, holdning og handling i møte med pasienten og vektlegger anerkjennelse og dialog for å styrke pasientens medvirkning og påvirke pasientens bedringsprosess (5–7). Dialogen mellom mennesker forutsetter ferdigheter i kommunikasjons- og relasjonsbygging og en evne til å reflektere over egen praksis (9).

Prinsippene for miljøterapi og relasjonsarbeid

**Sammendrag:** Artikkelen beskriver et samarbeidsprosjekt mellom Høyskolen Diakonova, Lovisenberg Diakonale Sykehus og sykehuset Narva Haigla i Estland. Hensikten med prosjektet var å bidra til kunnskapsutveksling om miljøterapi og erfare betydningen av dialog og refleksjon i samhandlingen mellom sykepleier og pasient.

Gjennom observasjon av norske praksisstudenter utviklet prosjektdeltakerne innsikt og ferdigheter i kommunikasjon og relasjonsbygging. De fikk erfare at en miljøterapeutisk tilnærming er viktig for pasientenes opplevelse av å bli sett, hørt og forstått.

## FAKTA

### John Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser:

- beskyttelse
- støtte
- struktur
- engasjement
- gyldiggjøring



**MILJØTERAPI:** Studentene som hadde praksis på Narva i Estland, la til rette for miljøterapi blant annet gjennom tegning og maling. Illustrasjonsfoto: GreenF/Mostphotos

var tema for prosjektet. Vi ønsket et felles prosjekt hvor deltakerne fra både Narva og Norge var aktive bidragsyttere (4–6). Gjennom respektfull anerkjennelse og å vise forståelse for hverandres arbeids- hverdag håpet vi å fremme likeverdighet i dette prosjektsamarbeidet mellom ulike kulturer, hvor vi alle ble utfordret på vår egen forforståelse og å respektere forskjellighetene i både behandlings- og kommunikasjonskulturen (10, 11).

#### Kunnskapsutveksling

Forskning viser at refleksjon er et viktig verktøy for å øke kompetansen og styrke kvaliteten på tjenestene (9, 12, 13). Vi fra Norge erfarte at det å reflektere over holdninger og handlinger bedret prosjektsamarbeidet. Dette ble en parallell til miljøterapiprinsippene om å reflektere over egne holdninger, tanker,

ytringer og handlinger i møte med pasientene (5).

Studentene deltok i prosjektet ved å iverksette og gjennomføre miljøterapeutiske grupper i avdelingen

---

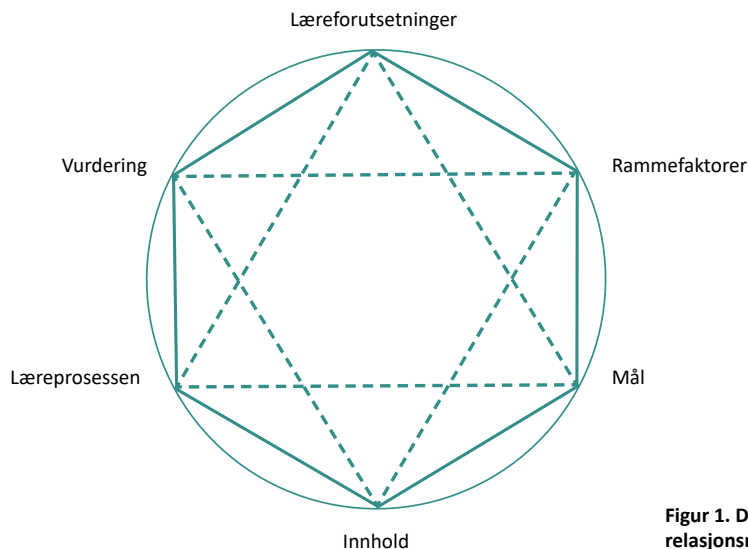
«God miljøterapi kjennetegnes ved at pasienten er delaktig i sin egen behandling.»

---

og samhandle med pasientene på Narva. Praksisen skulle bidra til å vekke interesse og engasjement blant ansatte og pasienter for hvordan miljøterapi kunne benyttes.

Hensikten med prosjektet var å bidra til kunn-





**Figur 1. Den didaktiske relasjonsmodellen**

skapsutveksling om miljøterapi og miljøterapeutisk tilnærming og erfare betydningen av refleksjon i samhandlingen mellom sykepleier og pasient.

#### Gjennomføring

Den didaktiske relasjonsmodellen (14; se figur 1) ble brukt i planlegging, gjennomføring og vurdering av det praktiske og pedagogiske undervisnings- og veiledningsarbeidet i prosjektet. Vi beskriver prosjektet gjennom modellen for å vise vår arbeidsmetodikk. Modellen er en dialogmodell med et positivt mennes-

sjonsgrupper på psykiatrisk avdeling på Narva.

#### Utvalg og godkjenning

Prosjektet var forankret i ledelsen på sykehuset i Narva, og avdelingsleder deltok i prosjektgruppen. Prosjektet var ledet av Diakonova og organisert rundt en prosjektgruppe på elleve samt to studenter. Fra avdelingen i Narva deltok sju ansatte: sykepleiere, en hjelpepleier og en psykiatrisk sykepleier. Både Lovisenberg og Diakonova deltok med to psykiatriske sykepleiere hver.

Norsk senter for forskningsdata har godkjent prosjektet. Prosjektdeltakerne i Narva har avklart det forskningsetiske og fått prosjektet godkjent. Dataene er anonymisert og behandlet ut fra forskriftene.

#### Analyse

Datagrunnlaget var 35 refleksjonsnotater fra prosjektdeltakerne på Narva høsten og våren 2014–2015 og 10 refleksjonsnotater fra studentenes praksisperiode høsten 2014. Refleksjonsnotatene beskriver personlige erfaringer fra arbeidshverdagen i avdelingen.

Notatene fra prosjektdeltakerne og studentene ble analysert hver for seg. Analysen var beskrivende, temasentrert og inspirert av Kvale og Brinkmann (15). Teksten ble organisert for hver gruppe i et matriseskjema.

Etter flere gjennomlesninger av teksten som helhet ble den grovsortert i meningsbærende enheter og der-

## «For studentenes samarbeid med pasienter og ansatte var det helt avgjørende å bruke tolk.»

kesyn, der partene er likeverdige, og der læring skjer best i de nære relasjonene mellom partene (14).

Våren 2014 ble det gjennomført undervisning i Gundersons miljøterapi for om lag tjue ansatte ved Narva Haigla, og i august samme år ble det holdt et to dagers veiledningsseminar. I januar 2015 hospiterte prosjektdeltakerne i fem dager på ulike psykiatriske avdelinger i Oslo. Undervisningen og hospiteringen i Norge medvirket til at deltakerne iverksatte reflek-



etter sortert i et mønster av tema og undertema. Siste trinn i analysen var å reflektere over studentenes og prosjektdeltakernes utsagn og utvikle overordnede tema.

I hvert semester ble det gjennomført to prosjektmøter på Narva. Prosjektdeltakerne fra Narva informerte de ansatte i avdelingen om framdriften i prosjektet. De miljøterapeutiske gruppene var et aktivitetstilbud for pasientene og et utgangspunkt for samhandling mellom pasientene og studentene.

### Språkbarrierer

Estisk er hovedspråket i Estland, men i Narva er både pasienter og fagpersoner hovedsakelig russisktalende. Fagpersonene i prosjektgruppen var russisktalende og opplevde det som en utfordring at det meste av faglitteraturen var på estisk.

For studentenes samarbeid med pasienter og ansatte var det helt avgjørende å bruke tolk. Tolken var til stede i avdelingen når studentene hadde de miljøterapeutiske gruppene, og på prosjektmøtene.

Bruk av tolk kan være en utfordring og en begrensning i dialogen mellom partene (11). Vår tolk var kjent med den psykiatriske avdelingen på Narva og snakket både norsk, estisk og russisk. Det gjorde at studentene og pasientene kunne utveksle tanker og synspunkter på sine egne språk og være trygge på at oversettelsen var riktig.

### Behandlingskulturer

I planleggingsfasen av prosjektet ble det lagt vekt på å bli kjent med Narva, både deres behandlingskultur og den enkelte deltakeren, for å skape en mest mulig likeverdig relasjon. Ifølge Magelssen (11) handler kulturens sensitiv kommunikasjon om å la seg berøre og ha en aksepterende og lyttende innstilling til den andre framfor å være opptatt av alle ulikhetene.

Prosjektdeltakerne ble kjent med hverandre gjennom å snakke sammen om arbeidserfaringer innen psykisk helse og om temaer som de ønsket kunnskaper om. Vi fra Norge mente at det var viktig å utveksle erfaringer og forventninger til hverandre og å finne fram til en felles forståelse uten å presse fram løsninger for fort.

Deltakerne fra Narva fortalte om en behandlingskultur der legen bestemmer, og der sykepleierne i liten grad blir spurt om sine tanker og meninger om behandlingen. I prosjektarbeidet var deltakernes ønsker og behov sentrale utgangspunkter for arbeidet. Gjensidig forståelse av hverandres

kultur og en undrende og spørrende tilnærming var avgjørende for å utvikle et samarbeid der alle deltakerne medvirket med sine tanker og synspunkter. Dette er viktige faktorer for å oppnå medvirkning og lykkes med prosjektarbeid (11, 14).

### Refleksjonsnotater

Undervisningen i miljøterapi handlet om å formidle kunnskaper. I veiledningsseminaret ble det, ved siden av undervisning, lagt opp til aktiv deltakelse, der deltakerne erfarte betydningen av å stille spørsmål, lytte til hverandre og reflektere over egne handlinger. Både undervisning og veiledningsseminarer skulle bidra til kunnskaper og inspirasjon, blant annet gjennom at deltakerne skrev refleksjonsnotater og arrangerte refleksjonsgrupper i avdelingen.

En av prosjektdeltakerne fra Narva uttrykte: «Jeg blir mer overbevist om at refleksjon får oss til å tenke bredere – det kan innebære at jeg må endre mine meninger/synspunkter.» Studier viser at refleksjonsgrupper som er preget av trygghet og engasjement, styrker faglig og personlig utvikling (13).

Studier viser også at refleksjonsnotater kan bære preg av enkle betraktninger med begrenset forståelse og innsikt, og dermed være mindre egnet som datamateriale (12). I begge gruppene var det varierende refleksjoner, fra enkle til rikere beskrivelser. Felles er at notatene kan være en mulighet til videre refleksjoner og ettertanke som kan gi læring og ny innsikt.

En av prosjektdeltakerne i Narva uttrykte det slik: «Jeg synes vi bør kunne benytte refleksjon i

---

## «Den medisinske modellen hadde stor plass i behandlingen.»

---

vår hverdag. Det vil få fram forskjellige synspunkter og være en hjelp til å finne bedre løsninger.»

### Rollemodeller

Studentene ble i sin praksisperiode rollemodeller for de ansatte ved at de praktiserte miljøterapi i avdelingen. Tidligere praksiserfaringer og undervisning i miljøterapi i Norge bidro til et teoretisk grunnlag for studentenes arbeid med å bygge relasjoner og kommunisere med pasientene.

De viktigste faktorene for en vellykket behandling

er at pasienten opplever å bli lyttet til og kan delta i vurderingen av behandlerrelasjonen (4). Studier viser at relasjonsbygging med pasienter har stor betydning for pasientenes bedringsprosess (16, 17).

Både prosjektdeltakerne og studentene som hadde praksis på Narva, erfarte at den medisinske modellen hadde stor plass i behandlingen. Prosjektdeltakerne ønsket å utvikle behandlingen, og erfarte at miljøterapi kunne etableres i avdelingen på Narva. De ga uttrykk for at de fikk kunnskap om miljøterapi, både ved å se hvordan studentene arbeidet, og gjennom undervisningen; en deltaker mente at «kunnskapen kan gi noen andre måter å arbeide med pasientene på».

Studentene opplevde at de ansatte i avdelingen viste interesse for arbeidet de gjorde, blant annet ved å filme når studentene gjennomførte bevegelses-

aktivt i studentenes arbeid, snakket de sammen om at aktiviteter med pasientene kan være et virkemiddel til å utvikle ferdigheter i kommunikasjon og relasjonsbygging.

En prosjektdeltaker uttrykte følgende: «Aktiviteter med pasienter er nødvendig for å bidra til trygghet og kan være en hjelp til å avlede tanker om sykdom og styrke selvbildet.» Det virket som om studentenes arbeid i avdelingen var med på å motivere de ansatte til å utvikle sine ferdigheter i relasjonsbygging med pasientene.

### Kommunikasjon og relasjonsbygging

Prosjektdeltakerne i Narva erfarte at det var viktig å utvikle en terapeutisk allianse med pasientene og deres pårørende. Som en del av behandlingen snakket prosjektdeltakerne mer med pasientene om det som opptok dem, og opplevde at de dermed kom nærmere hverandre.

Deltakerne i Narva snakket sammen om hvordan kommunikasjonen bidro til at pasienter og pårørende kan føle seg trygge og få tillit til behandlingen i avdelingen. En ansatt på Narva uttrykte følgende: «Jeg ønsker å styrke mine kommunikasjonsferdigheter og få mer erfaring om kommunikasjon med pårørende.»

Studentene mente at måten de arbeidet på, bidro til at pasientene følte seg sett og hørt, og at de fikk formidlet sine helseutfordringer. Dette var noe de ansatte på avdelingen ønsket å lære av. Studier peker på viktigheten av å interessere seg for og å anerkjenne det pasienten bekymrer seg for i sin hverdag. Høium og medarbeidere (13) og Borg (16) vektlegger betydningen av å respektere, lytte til og anerkjenne pasientene i deres hverdag.

Muligens kunne prosjektdeltakernes læring ha blitt styrket ved å reflektere sammen med studentene over det miljøterapeutiske arbeidet i avdelingen.

### Mer dialog

Prosjektdeltakerne på Narva oppga å ha lite erfaring med refleksjon over egen yrkesutøvelse. Gjennom prosjektsamarbeidet fikk de større forståelse for refleksjonens betydning og det å snakke sammen. En av dem uttrykte følgende: «Vi reflekterte over situasjonen i refleksjonsmøter, delte våre tanker, hørte forskjellige løsninger, fikk erfaring.»

I begynnelsen av prosjektet var deltakerne mest opptatt av å støtte hverandre på en valgt løsning og anerkjenne kolleger for den avgjørelsen som hadde blitt tatt. En vanlig uttalelse fra de ansatte i Narva

## «Pasientene spurte etter studentene om morgenen.»

gruppe med pasientene. En student skriver følgende: «Filmingen opplevde jeg som en oppmuntring – at det vil kunne bidra til å videreføre trimmen. Jeg håper de ansatte så virkningen for noen av pasientene.»

Studentene opplevde imidlertid i liten grad at de ansatte var delaktig i arbeidet de gjorde, og de var også usikre på om de ansatte så pasientenes endring etter å ha deltatt i de miljøterapeutiske gruppene.

### Tilrettelegging for miljøterapi

Studentene la til rette for miljøterapi gjennom bevegelsesgruppe, tegning og maling, turgåing og bingo. De erfarte at det å gjøre noe sammen med pasientene bidro til at de fikk atspredelse fra sine plager. En student sa: «Jeg prøvde meg på noen russiske tall, og det ble til latter når jeg sa det feil, og noen positive kommentarer når jeg sa det riktig.»

Rolig musikk ble benyttet for å dempe noe av uroen i avdelingen og muligens bidra til trygghet for pasientene. Studentene opplevde videre at pasientene satte pris på de miljøterapeutiske gruppene. Pasientene spurte etter studentene om morgenen og hvilke aktiviteter som var planlagt for dagen. Ifølge den samme studenten ga pasientene «uttrykk for at det var en avkopling fra hverdagen på avdelingen».

Selv om de ansatte på avdelingen ikke deltok

var: «Jeg tror at min kollega gjorde det rette valget i denne situasjonen.»

Etter hvert utviklet deltakerne ferdigheter i å stille hverandre spørsmål som etterspurte begrunnelser for handlinger. «Hva gjorde at hun var bekymret, hva kunne hun gjøre annerledes og hva kunne det føre til?» spurte en av deltakerne. Dette ga dem nyttige erfaringer som bidro til å se på situasjonen fra ulike sider og på den måten en hjelp til å utvikle hverandres handlingsrom.

Det virket som om spørsmålene medførte at deltakerne også i større grad lyttet til hverandres historier og lærte ved å kjenne igjen egne reaksjoner og etterspørre mer dialog. En ansatt delte følgende: «Mens jeg lyttet til hennes situasjon, opplevde jeg at det som hun følte, har jeg også følt. Denne erfaringen med grupperefleksjoner om en situasjon bidrar til at vi utvikler oss. Vi bør ha mulighet for refleksjon i vår arbeidshverdag.»

Å snakke sammen om hendelser, å reflektere over og prøve å forstå en situasjon fra flere perspektiver, gir flere mulige måter å håndtere situasjonen på. En ansatt sa: «Å få mulighet til å snakke ut, å se på sin situasjon fra en annen vinkel ut fra egne tanker og ikke bare følge andres råd. Det gir en lettelse, det blir klarere.» En annen ansatt uttrykte: «Refleksjonen hjalp meg å se svake, men også sterke sider som vil påvirke mitt videre arbeid.»

Når arbeidet utfordret egne følelser og gamle mønstre, var det ekstra utfordrende å søke en kollega for å snakke sammen om situasjonen. En av prosjektdeltakerne opplevde at det var lett å bli fanget av en situasjon, respondere på pasientens atferd og muligens bidra til økt uro. «Jeg var ansenet og stresset siden pasienten var aggressiv og truet med å skade seg.»

Prosjektdeltakerne opplevde at det var få muligheter til å reflektere over egne mestringsstrategier fordi det var begrenset med personalressurser og fokus for arbeidet var at den enkelte ansatte måtte gjøre det «rette» og bidra til ro og orden.

### Oppsummering

Ansatte på Narva Haigla ønsket å delta i samarbeidsprosjektet for å utvikle behandlingstilbudet til pasientene. Miljøterapeutiske prinsipper ble lagt til grunn, og dialog og en anerkjennende tilnærming var viktig for samarbeidet. Prosjektdeltakerne ga uttrykk for at denne tilnærmingen bidro til at de følte seg respektert som likeverdige samarbeidspartnere.

Gjennom samarbeidet utviklet deltakerne ferdigheter og innsikt i kommunikasjon og relasjonsbygging i møte med pasienter og pårørende. Deltakerne observerte og

lærte av studentenes arbeid med pasientene og så at miljøterapi og miljøterapeutisk tilnærming var av stor betydning for pasientenes opplevelse av å bli sett, hørt og forstått. Deltakerne erfarte viktigheten av å utvikle seg selv gjennom å reflektere over situasjoner fra praksis.

Det vil være interessant å undersøke videre hvordan erfaringene fra prosjektet har påvirket det daglige arbeidet til deltakerne og eventuelt bidratt til å videreutvikle behandlingstilbudet i Narva. ■

### Referanser

1. St.meld. nr. 14 (2008–2009). Internasjonalisering av utdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a0f91ffae0d74d76bdf3a9567b6lad3f/no/pdfs/stm200820090014000dddpdfs.pdf> (nedlastet 26.01.2018).
2. Meld. St. nr. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd: samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dede43be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm20112012013000dddpdfs.pdf> (nedlastet 26.01.2018).
3. Myhre K. Utvekslingsstudenter i norsk sykepleierutdanning. *Sykepleien*. 2008;96(5):62–6. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2008/03/utvekslingsstudenter-i-norsk-sykepleierutdanning> (nedlastet 26.01.2018).
4. Strømstad JV, Torbjørnsen ABE, Aasland AMK. Hvem er du? Miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid. *Stavanger: Hertervig Akademisk*; 2016.
5. Gunderson JG. Defining the therapeutic processes in psychiatric milieu. *Psychiatry*. 1978;41(4):327–35.
6. Henriksen AT, Smedvig K, Østebø G, Aanderaa M, Tyltlandsvik M, Dahle AS, et al. Miljøterapi: en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon. 6. utg. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning; 2011.
7. Landmark B, Olkowska A. Hva gjør miljøterapi til terapi? *Fontene*. 2009;(9):52–9.
8. Helsedirektoratet. Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2076. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf> (nedlastet 26.01.2018).
9. Brask OD. Selvregulert læring i praksisfellesskap. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 2006;43(1):3–11.
10. Lien L. Vi psykiatere kan for lite om kulturelle forskjeller. *Dagens Medisin*. 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/04/vi-psykiatere-kan-for-lite-om-kulturelle-forskjeller/> (nedlastet 26.01.2018).
11. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene. 2. utg. Oslo: Akribe; 2008.
12. Solvoll BA, Heggen K. Utforskende erfaringsnærhet. *Klinisk Sykepleie*. 2005;19(3):63–8.
13. Høium K, Jensen LB, Westli S, Antonsen E. Refleksjon som verktøy for kompetanseheving blant ansatte i et bofellesskap for voksne. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2011;7(2):92–102.
14. Hiim H, Keeping D, Hippe E. Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
15. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduksjon til et håndværk. 2. utg. København: Hans Reitzel; 2011.
16. Borg M. Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: bruker erfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2009;46(5):452–9.
17. Borg M, Davidson L. The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*. 2008;17(2):129–40.



# Svanesang og ørnetvang

Menneskets frihet og iboende verdighet er ukrenkelig. Sånn vil vi ha det. Staten har i gitte tilfeller likevel krenkerett og maktmidler. Sånn må det være. Mange sårbare mennesker lever i dette spenningsfeltet.



Foto Morten Bjerk

Av **Tormod Klovning**, seniorrådgiver, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Ibsen har skrevet: «Sett en ørn i bur, og den vil bite i stengene, enten de er av jern eller gull.»

Det er ulykkelige Hjørdis som biter i buret i Ibsens *Hærmændene på Helgeland*. I fortvilelsen over alt som ble helt annerledes enn hun hadde tenkt.

Ørnen triumferer som kjent som frihets- og maktsymbol over hele verden. I vårt kongerike er det riksløven som med sin hellebard vokter over lov og orden. Dette øksevåpenet symboliserer den makt enhver stat er avhengig av å kunne disponere i gitte tilfeller. Det være seg politi, kriminalomsorg, forsvaret eller for eksempel psykisk helsevern. Og nå foreligger det et etterlengtet nytt tilskudd til rikets lover. Stortinget har vedtatt endringer i psykisk helsevernloven med virkning fra 1. september 2017. Det handler om statens eventuelle rett til alvorlige inngripen i våre liv. Det handler om den dagen alt blir helt annerledes enn du og jeg hadde tenkt. Om det ikke akkurat handler om ørnebur av gull eller jern, kan det handle om belter og piller. Muligheten for at noen med loven i hånd kan innskrenke vår frihet og gripe inn i våre liv uten vårt samtykke. Akkurat dette ordet «samtykkekompetanse» er essensielt og utgjør noe av forskjellen mellom den nye loven og den gamle fra 2001.

## Samtykkekompetanse

Å ha samtykkekompetanse betyr at man har innsikt i og er i stand til å vurdere konsekvensene av de valgene man tar.

Dersom brukeren har fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming og åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, kan samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis (lov om pasient- og brukerrettigheter § 4-3).

Såfremt samtykkekompetansen er i behold, vil en pasient nå kunne nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern, selv om vedkommende sin egen helse står på spill. Men som før vil fremdeles «nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse» overstyre retten til å nekte behandling. Pasientene som underlegges tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, og som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, vil da ha rett til å avslutte behandlingen. Denne retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og helsepersonellet mener at pasienten trenger behandling. Retten gjelder også selv om konsekvensene er at pasienten igjen blir så dårlig at vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern på nytt kan bli oppfylt.

## Verdens gang og Norges tvang

Gjennom våren og sommeren 2017 har Verdens gang belyst tvangsbruk i vårt ellers så fredelige kongerike. Oppsiktsvekkende og urovekkende praktisering ble avdekket og stilt til skue. I vest er beltebruket hyppigst, nordfra er rapporteringen mest mangelfull, og fra hovedstaden hører vi blant annet den utrolige historien

om kvinnen som ble beltelagt hver dag i to år. Norske myndigheter har ikke oversikt over tvangsbruket i helsevesenet. Helseministeren frykter flere dårlige nyheter. Sivilombudsmannen har fingeren på alarmknappen. Massiv og ulovlig beltebruk er avdekket. Selveste FN er kritisk til vår praksis. Riksløven har ikke kontroll med sin hellebard. Og i Stortingets spørretime snakkes det om at tilliten til vårt system slår sprekker. «Det handler om rettssikkerheten og menneskerettighetene til de enkelte av oss. Vi har alle en psykisk helse. Mange av oss vil ha behov for denne type helsehjelp gjennom livet», lød det fra helseministeren, vel vitende om at Norge har langt høyere og mer bekymringsverdige tall enn for eksempel våre nordiske naboer. Fra brukerorganisasjoner lyder omstridte karakteristikker som tortur og moderne konsentrasjonsleirer.

## Erfaringene spriker

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse er lokalisert i Ibsenbyen Skien. På senteret samles og formidles kunnskap om blant annet tvang. Vi ønsker å samholde fagmiljø, forskning og dyrekjøpt erfaring fra pasienter og pårørende. Bildet er sjeldent entydig og sylskarpt. To ferske overskrifter fra debatten tegner et bilde. Den første lyder «Jeg vil ha tvang» og den andre «Jeg vil ikke ha tvang». Korte og presise konklusjoner basert på pasienters erfaring. Sånn er landskapet. Erfaringene spriker og hver pasient

er episenter for sine egne ringer i vannet. Bruk av tvang skjer ikke i et vakuum. Det som skjer før, under og etter tvangsbruk, kan forebygge og forhindre mer tvang. Erfaringskompetanse, som vi gjerne kalles, har formulert ti punkter til oppslag på panebrasken hos alle som er satt til å eventuelt bruke tvang i psykiatrien. Gjerne også til oppslag der sårbare mennesker ferdes bak lukkede dører på avdelingene. Som en bevisstgjøring på våre felles dypeste behov.

1. Se meg og behandle meg som et likeverdig menneske.
2. Respekter meg.
3. Lytt til meg.
4. Gi meg håp.
5. Ta hele livet mitt med i forståelsen.
6. Hvem er viktigst for meg.
7. La meg ha følelser.
8. Ikke skade.
9. Spør hvorfor jeg ikke vil ta medisiner.
10. Vær åpen for andre muligheter.

### Gullkorn i sandstorm

I all sin nesten naive enkelthet er dette gullkorn i en sandstorm av kompliserte problemstillinger. De små ting er kjempestore når livet blir helt annerledes og tabubelagt sykdom rammer oss. Vi går alle på tynn is og bærer vår frihet som et adelsmerke. Fri som ørnen. Retten til å bestemme over eget liv er ukrenkelig, sier vi ofte. Vel vitende om at dette ikke alltid kan være tilfellet. Menneskerettigheter er idealer og prinsipper. Nasjonale lover følger opp med konkretisering. Disse lovene

er vårt vern mot skiftende tiders oppfatning av hva som er godt psykisk helsevern. Loven er fyrtårn i et hav av forskjellige oppfatninger av hva sårbare mennesker egentlig trenger. Prat, piller, praktisk hjelp eller en optimal kombinasjon? Å øke brukermedvirkning er å redusere ubalansen

## «Tvang skjer ikke i et vakuum.»

som har dominert i norsk psykiatri. Det er å jobbe for en etterprøvbart, forsvarlig og omsorgsfull bruk av tvang når det trengs. Aller helst ingen bruk.

### Forskningsprosjekt

Gjennomgangen av forskning og litteratur om alternativ til og reduksjon av tvangsbruk viser at det er mange systematiske forsøk som ser ut til å virke. Faktorer som terapeutiske relasjoner, nettverksarbeid, hyggelige hjemlige omgivelser og mer opplevelse av frihet og trygghet ser ut til å være sentrale for å forebygge bruk av tvang. For tiden har Erfaringskompetanse et forskningsprosjekt på gang som tar sikte på å kartlegge hvordan pårørende kan bidra til redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Studien legges frem i løpet av 2018. På landsbasis ser vi en stadig økende bevissthet om bruken av tvang. Bildet er ikke så helmørkt som reportasjer i VG kan gi inntrykk av. Fra DPS- og ACT-team kom-

mer det rapporter om økt brukertilfredshet. Den nye loven vil forhåpentligvis dreie feltet i riktig retning. Pårørende vil føle økt ansvar og trenge mer ressurser. Behandlerne vil stille spørsmål ved faglig forsvarlighet. Uansett trengs det mer forskning for å sammen peke i riktige retninger.

Internasjonalt ser vi at det gjøres mye spennende arbeid for å redusere bruk av tvang. Soteriahus-modellen og Recovery-tilnærming kunne trenge mer systematisk forskning for å belyse positive tall. I Finland har Jacco Seikkula utviklet modellen «Åpne dialoger», som kan vise til svært positive tall i sitt forskningsmateriale. Synes du det ble mye ukjente navn og forkortelser her nå? Søk opp utfyllende materiale i publikasjoner fra Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. Vi jakter på kunnskap i dette til tider uoversiktlige landskapet.

### Mange vil lytte

Ifølge myte og eldgammel overtro synger svanen sin hjerteskjærende svanesang rett før den skal dø. Etter et helt liv i taushet. Svane er sårbar med sin lange hals.

Mennesket er mye mer enn døende svaner eller ørn i bur. Vi er frie folk. Med rettigheter og drømmer. Men vi hører svanesangen. Vi ser bitemerkene i ørneburet. Altfor mye erfaringskompetanse har forblitt taus kompetanse. Mange har gått under i taus lidelse. Men vi er mange i kongeriket nå som vil lytte, lære og løfte frem. ■




**KRIGENS LIDELSER:** Krigen i Bosnia varte i over tre år, fra 6. april 1992 til 14. desember 1995, ifølge Wikipedia. Bildet er tatt i Bosnia i juni 1996. Krigen er slutt, men pasientene på Sokolac psykiatriske sykehus lider fremdeles av mangel på mat og medisiner. Under krigen hadde ikke psykiatriske pasienter høy prioritet. Bare de sterkeste overlevde de kalde vintrene. Da lå isen ofte tykk på gulvene på Sokolac psykiatriske sykehus. Mange av pasientene har bodd på sykehuset i mange år. Norges Røde Kors rehabiliterte sykehuset etter krigen, ifølge NTB Scanpix. Foto: Bo Mathisen / NTB Scanpix





# Teknikker for å mestre sinne

Sinne handler i liten grad om hva barnet gjør. Det handler ofte om hvordan du tenker om deg selv og barnet i situasjonen, skriver artikkelforfatteren, som har utviklet en foreldreveileder i sinnemestring. 

Tekst **Steinar Sunde**, psykologspesialist, familievernkontoret i Molde



**ØVELSE:** Når du gjenkjenner en negativ tanke om deg selv eller barnet, stopp opp i noen sekunder og trekk pusten dypt, anbefaler psykologspesialist Steinar Sunde. Illustrasjonsfoto: Most-photos



 **FAKTA**

### Hjelpemidler

Littsint.no, littsint-appen og E-boken *Foreldreveileder i sinnemestring* er utviklet av psykologspesialist og veileder i kognitiv terapi Steinar Sunde ved familievernkontoret i Molde. Hjelpemidlene er finansiert av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Målet med materialet er å nå ut med psykologisk kunnskap og metode til foreldre, slik at de kan hjelpe seg selv til å skape en tryggere og mer forutsigbar hverdag for barna. Videre skal foreldre få informasjon om hvor de kan søke profesjonell hjelp ved behov.



**SKREMMER:** Flere foreldre skremmer barna gjennom sinne eller vold. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

**FAKTA**

**Littsint.no**

Dette er en hjemmeside for foreldre som ønsker å jobbe med seg selv for å skape en tryggere og mer forutsigbar hverdag for barna. På littsint.no kan man laste ned en gratis e-bok, *Foreldreveileder i sinnemestring*, som inneholder ti videonutter som illustrerer metoden beskrevet i artikkelen. Familievernet i Norge er kurset i modellen som presenteres i e-boken. Littsint-appen er et selvhjelpsverktøy for bedre mestring av sinne i hverdagen og kan lastes ned fra hjemmesiden, App Store eller Google Play.



**NEGATIVE TANKER:** Negative tanker om oss selv eller barnet oppleves som sanne når man blir irritert eller sint. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Justis- og beredskapsdepartementets tall anslår at mellom 75 000 og 150 000 familier i Norge opplever vold per år. Samtidig er målet til Barne- og likestillingsdepartementet at barn i Norge skal vokse opp uten vold. Forskning viser at vi må se på forebygging av sinne og vold mot barn i et folkehelseperspektiv. ACE-studien (Filetti 2009) fulgte 17 000 barn over 15 år, og fant at det å leve med frykt for sinne og vold fra foreldre er noe av det mest skadelige et barn kan utsettes for. Å leve i beredskap svekker immunforsvaret over tid og øker risikoen for en rekke både fysiske og psykiske lidelser. Kirkengen (2008) viser i sin doktorgrad «Hvorfor krenkede barn blir syke voksne» til at også

mild vold i form av sinne kan være skadelig for barn. Det avgjørende er om sinne oppleves som noe uforutsigbart, og dermed skaper en utrygg situasjon for barnet over tid.

**Aktuelt tema**

Mossige (NOVA, 2007) ga spørreskjema til cirka 6800 norske ungdommer. Svarene viser at 4 prosent av barna i undersøkelsen har opplevd grov vold fra foreldre, definert som slått med knyttneve, gjenstand, fått bank/juling. Mor og far utøvde like mye av den grove volden mot barna. Mossige (2007) viser videre at 25 prosent av ungdommene oppgir å ha opplevd mildere vold. 19 prosent av mor og 13 prosent av far. Definert som

dyttet, ristet voldsomt, lugget, kløpet eller slått med flathånd. Studien viser at sinne og vold er et aktuelt tema i

**«Mange foreldre uttrykte takknemlighet for at sinne/vold mot barn ble tematisert.»**

samtaler med både mødre og fedre.

Foreldre flest vil barna det beste og ønsker å være gode foreldre. På tross av dette opplever cirka 10 prosent av

dem som tar kontakt med familievernet at de skremmer barna gjennom sinne eller vold, og mange foreldre er bekymret for hvordan dette innvirker på barna. En gjennomgang av 80 saker der sinne/vold ble avdekket ved familievernkontoret i Molde, viste at cirka 15 prosent av sinne-/voldssakene bar preg av at foreldrene fornektet volden og viste lite motivasjon for endring. I mange av disse sakene ble samarbeid med politi, kritesenter og barnevern viktig for å sikre barn og partner. I cirka 85 prosent av sakene var foreldre motivert til å jobbe med seg selv for å skape en hverdag med mindre konflikter og skremming av barn. Mange foreldre uttrykte takknemlighet for at sinne/vold mot barn ble tematisert.

### Samtaler om sinne

Littsint.no, e-boken og littsint-appen tar utgangspunkt i den klassiske kognitive terapimodellen hvor sammenheng mellom tanker, følelser og atferd står sentralt (Beck 1999, Berge og Repål 2004). Store metaanalyser viser at om lag 3 av 4 har effekt av kognitiv terapi som behandling for sinne/vold (Beck og Fernandez 1998). Artikkelen vil videre presentere en kognitiv modell på hvordan avdekke og snakke om hverdagssinne-/vold i familier. Eksempelene er hentet fra samtaler med cirka 800 foreldre som ønsket hjelp til bedre mestring av sinne overfor barna.

Sinne handler i liten grad om hva barnet gjør, men om hvordan du tenker om deg selv og barnet i situasjonen med barnet. Sinne er en normalfølelse vi alle har. Spørsmålet er derfor ikke om vi blir sinte, men hva som skaper sinne, og om vi har kontroll over det. Når vi har overskudd, klarer vi som oftest å tenke at barnet er som barn flest, og at jeg er en god nok mor/far. På dårlige dager har vi en tendens til å bli urimelig selvkritiske og tenke

tanker som at barnet er respektløst og jeg er en dårlig mor/far.

### Tanker om seg selv

Når det kommer til selvkritikk, er vi ikke så kreative som vi kanskje tror. De aller fleste foreldre har 3–4 «favoritt» selvkritiske tanker. Den vanligste negative tanken om en selv er: «Jeg er en dårlig mor/far», etterfulgt av «Jeg blir ikke respektert/lyttet til». Andre vanlige negative tanker er: «Barnet er ikke glad i meg» og «Jeg har ingen verdi for barnet mitt».

Det kan se ut som vi tenker de negative tankene som kan såre oss selv mest, og ikke de som er mest sannsynlige. Heldigvis er de negative tankene nesten aldri sanne. Ta for eksempel «Jeg blir ikke respektert». Den tanken kommer ofte når barn ikke svarer. Mange beskjeder gitt på avstand med høy stemme fungerer som bakgrunnsstøy for de aller fleste barn. Barnet er ofte i sin egen tankeboble når det ikke svarer eller er konsentrert om noe annet. Det handler sjelden om mangel på respekt. Skal vi oppnå kontakt med barnet, må vi gå nærmere, sette oss ned, få øyekontakt, snakke lavt og rolig. Husk at du som forelder er en rollemodell for hvordan det er lov å snakke til hverandre i hjemmet.

### Motivasjon til endring

Negative tanker om oss selv eller barnet blir opplevd som sanne når vi blir kroppslig aktivert ved sinne eller irritasjon. Jo mer aktivert vi er, jo sannere opplever de negative tankene. De negative tankene får alt fokus. Det er som å være i en tunnel der det er vanskelig å snu og vi tar inn lite ny informasjon før vi «klikker» på barnet. For de fleste foreldre er dette noen av de minst stolte øyeblikkene i hverdagen og noe de ikke ønsker å ha på film. Men i møte med foreldre er det viktig å spørre konkret om nettopp disse hverdagssituasjonene, fordi det

er i det å høre seg selv fortelle detaljert om situasjonene at motivasjonen til endring skapes.

Eksempel på spørsmål: Har du opplevd konflikter med barna de siste ukene som du gjerne skulle vært foruten? Kan du fortelle om en slik situasjon? Hva var det helt konkret som skjedde? Hvor var du i rommet, og hvor var barnet? Hva startet situasjonen? Hvordan hadde du det i kroppen da? Hva tenkte du om barnet? Hva tenkte du om deg selv? Hvordan var det for deg å tenke slik om barnet / om deg selv? Hva gjorde du så? Hva avsluttet situasjonen?

### Tanker om barnet – en øvelse

Tenk at du står i en kø, så kommer noen bakfra og sparker deg hardt i leggen. Før du snur deg og ser hvem som står bak deg: Hvilke tanker får du? Hvilke følelser blir aktivert? Hva kjenner du i kroppen? Hva får du lyst til å gjøre? Bruk et minutt på å finne dine svar før du leser videre.

Når du snur deg, ser du at det er en blind mann med en hvit stokk som har gått på deg. Still deg selv de samme fire spørsmålene en gang til. Bruk et minutt på å finne dine svar før du leser videre.

Jeg har gitt denne øvelsen til cirka 800 foreldre. Den vanligste tanken

---

«De alternative tankene vekker mer medfølelse og mindre sinne overfor barnet.»

---

er å tenke «Hvilken idiot er det som sparker meg?». Cirka 80 prosent av foreldrene sier at de blir sinte/rette før de snur seg, at hjertet slår raskere,



og at det kjennes ut som kroppen gjør seg klar til kamp eller flukt. De fleste foreldre svarer at de får lyst til å sparke tilbake.

Når de snur seg og ser den hvite stokken, er den vanligste tanken «Han er blind og gjorde det ikke med vilje». Den nye tanken, at det ikke var med vilje, gjør at hjertet roer seg og følelsen går fra sinne/redsel til medfølelse. De fleste får lyst til å hjelpe den blinde.

### Alternative tanker

Så er spørsmålet: Hvilke «hvite stoker» kan du gi barnet ditt, som kunne hjulpet deg til å føle mer medfølelse og mindre sinne overfor barnet? Sinne kommer ofte når vi føler at barnet gjør noe «mot» oss. Vi overvurderer ofte intensjoner og tanker bak handlingene, og reagerer som om barnet gjør en bevisst handling «mot» oss. Slike negative tanker er i de aller fleste situasjoner bare selvplaging.

De vanligste «hvite stokkene» foreldre opplever effekt av, er: å tenke alder på barnet («Han er jo bare 5 år»), å tenke at barnet er som de fleste andre barn («Alle foreldre opplever liknende situasjoner»), og å tenke at barnet ikke gjør noe «mot» meg («Han er bare konsentrert i spillet»). De alternative tankene vekker mer medfølelse og mindre sinne overfor barnet.

### Øve, øve, øve

Skal vi bli flinke til å spille piano eller fotball, vet vi at vi må øve. For å bli den forelderen vi ønsker å være, må også det øves på. Bedre mestring av sinne handler om å øve på å være mindre selvkritisk og mer snill med seg selv. Videre å øve opp alternative fortolkninger av barnets handlinger (hvite stoker), og at samspillet med barnet bærer preg av det. Bedre mestring av sinne kommer ikke av seg selv, men må øves på over tid i situasjoner med barnet.

Eksempel på øvelse til foreldre: Når du gjenkjenner en negativ tanke om deg selv eller barnet, stopp opp i noen sekunder og trekk pusten dypt. Når kroppsaktiveringen har gått noe ned, spør deg selv: Hvilke tanker er mest sanne – de negative eller de

## «Hvordan vil det oppleves for deg å klare å stoppe deg selv, i stedet for å 'klikke' på barnet?»

alternative? For eksempel «Barnet respekterer meg ikke» eller «Barnet er konsentrert om noe annet». Du vet sannsynligvis at den alternative tanken er mest sann, men det oppleves ikke slik i situasjonen med barnet når du er sliten eller stresset. Så neste gang du kommer i en liknende situasjon med barnet, om du klarer å få tak i de alternative tankene, hvordan vil det påvirke følelsene dine? Hvilke handlingsvalg vil du da få? Hvordan vil det oppleves for deg å klare å stoppe deg selv, i stedet for å «klikke» på barnet? Hvordan vil tankene om deg selv bli da? ■

*Denne artikkelen har tidligere stått på trykk i Helsesøstre 2/2017.*



### Referanseliste

1. Beck, A.T. (1999) Prisoner of hate, the cognitive basis of anger, hostility, and violence. New York: Harper Collins Publishers.
2. Beck, J.S. (2006) Kognitiv terapi. Teori, udøvelse og refleksjon. Akademisk forlag.
3. Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitiv-behavioral therapy, in the threatment of anger: A meta-analysis. Cognitive Therapy and Research, 22, 63–74.
4. Berge, T. & Repål, A. (2004). Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
5. Den norske legeforening. (2010) Statusrapport: Da lykkeliten kom til verden. – Om belastninger i tidlige livsfaser.
6. Felletti, V.J. (2002). The relationship of adverse childhood experience to adult health: turning gold into lead. Z. Psychosom Med Psychother 2002; 48: 359–69.
7. Haaland, T., Clausen, S.E. & Schei, B. (2005) Vold i parforhold. Ulike perspektiver. NIBR-rapport 3.
8. Heltne, U. & Steinsvåg, P.Ø. (2010) Avsluttende prosjektrapport. Barn som lever med vold i familien. Alternativ til vold og Senter for Krisepsykologi.
9. Isdahl, P. (2000). Meningen med volden. Oslo: kommuneforlaget.
10. Jarwson, S. & Haugan, G.S. (2005). Sinnemestring. Arbeidsbok for kursdeltaker. St. Olavs hospital, avdeling Brøset kompetansesenter. Jarwson, S. & Haugan, G.S. (2010). Vold og aggresjon: et kurs i sinnemestring. I Berge, T. & Repål, A. (red.), Håndbok i kognitiv terapi (349–378). Oslo: Gyldendal Akademisk.
11. Kirkengen, (2008). Hvorfor krenkede barn blir syke voksne. Universitetsforlaget.
12. Middelborg, J., Lilledal, G., Tindberg, J.W., Solevåg, A. & Lang, N. (2007) Tryggere barndom. Parterapi – en nyttig tilnærming for barn som lever med vold i familien. Fokus på familien, 35: 292–311.
13. Mossige, S. & Stefansen, K (red.) (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA) Rapport 20/07.
14. Raknes, S. (2010a). Psykologisk førstehjelp. Barn. Gyldendal Akademiske.
15. Raknes, S. (2010b). Psykologisk førstehjelp. Ungdom. Oslo. Gyldendal Akademiske.
16. Raundalen, M. & Isdal, P. (2004) Nyhetsbrev til fagpersoner som møter barn som lever med vold i familien. Bulletin nr. 1 i prosjektet «Barn som lever med vold i familien».
17. Repål, A. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I: T. Berge & A. Repål (red.): Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademiske, 24–60.
18. Vatnar, S.K.B. (2000). Familie vold og familievern. Presentasjon og drøfting av en kartleggingsundersøkelse ved familievernkantorene i Norge. Fokus på familien, 3: 169–182.
19. Vatnar, S.K.B. (2003). Evalueringsrapport for prosjektet «Vitne til vold» tiltak 2 i regjeringens handlingsplan «vold mot kvinner» 2001–2003.
20. Wilhelmsen, I. (2007). Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi. Hertervig Forlag.



# Invitasjon til forskningsdeltakelse

Har du mistet familiemedlem eller nær venn  
ved narkotikelatert død?

Hvert år dør 250–300 personer i Norge på grunn av narkotikabruk. Rusrelaterte dødsfall, rusavhengige og de pårørende sin situasjon er et alvorlig folkehelseproblem. Mange etterlatte sitter tilbake i stillhet når den rusavhengige dør. Forskningsprosjektet Etterlatte ved narkotikelatert død (END) startet opp i november 2017 ved Høgskolen på Vestlandet, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for velferd og deltaking. Prosjektgruppen arbeider i nært samarbeid med Bergen kommune og en stor gruppe nasjonale og internasjonale fageksperter på rus, stigma, traume, sorg, helse- og velferdstjenesten og helsepolitikk.

Vi rekrutterer etterlatte familiemedlemmer og nære venner til en stor nasjonal spørreundersøkelse. Gjennom å dokumentere etterlattes situasjon både før og etter dødsfallet, og hva de trenger av hjelp og støtte, er prosjektets hovedmål å forbedre deres livskvalitet og daglige fungering.

Dersom du har mistet noen og ønsker å delta i studien, og/eller at du vil delta ved å rekruttere etterlatte til studien, så ønsker vi i prosjektgruppen å komme i kontakt med deg. Vi rekrutterer ut året 2018. Deltakere må være over 18 år, det må være minst 3 måneder siden tapet, men det er ingen maksimumgrense for når dødsfallet har skjedd.



Kontakt prosjektleder professor Kari Dyregrov  
på e-mail: [kdy@hvl.no](mailto:kdy@hvl.no) eller sms/telefon: 977 35 584  
Post: Høgskulen på Vestlandet, v/Kari Dyregrov, Pb 7030, 5020 Bergen



BERGEN  
KOMMUNE



Høgskulen  
på Vestlandet



# Studenter får følge pasienten gjennom hele forløpet

Studenter i praksis innen psykisk helse og rus utplasseres i en kommune og får erfare hvordan de ulike behandlingsnivåene jobber sammen.

## FAKTA

Av **Bernhard Sætre**, universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

**Marita Albertsen**, universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

**May Wenche Undheim**, universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

**Brita Kvamme**, psykiatrisk sykepleier, Universitetspsykehuset Nord-Norge

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no  
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2018.65932

**B**achelorutdanningen ved Universitetet i Tromsø (UiT) Norges arktiske universitet har i flere år hatt et nært samarbeid med praksisfeltet i spesialist- og kommunehelsetjenesten innen psykisk helse og rus. Vi har samarbeidet om teoriundervisning i forkant av praksisstudiene og utarbeidet planer for organisering og innhold i praksis.

Det er opprettet kombinerte stillinger i spesialisthelsetjenesten, og studentene har evaluert praksisstudiene som svært lærerike (1). Det særegne med praksisstudiene i psykisk helse og rus har så langt vært at studentene enten har vært utplassert i kommune- eller spesialisthelsetjenesten.

Høsten 2014 startet prosjektet «Tett på pasienten – klinisk praksis på tvers av tjenestenivå mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og bachelorutdanningen».

Prosjektet foregikk i tre kommuner som alle hadde Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) og kommunal psykisk helsetjeneste. Ansatte i kombinerte stillinger ved Universitetet Nord-Norge (UNN) og UiT, lærere ved UiT og tredjeårssykepleierstudenter deltok i prosjektet.

## Hensikt med prosjektet

Hensikten med prosjektet var å legge større vekt på samarbeid og samhandling mellom behandlingsnivåene og involvere studentene mer i samhandling mellom disse to nivåene. Slikt samarbeid og samhandling er også hovedintensjonen bak samhandlingsreformen (2).

Når pasientene flyttes mellom sykehus og kommuner og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner, er samhandling et nøkkelord.

Det samme framheves i Norsk Sykepleierforbunds (NSF) politiske plattform for sykepleieutdanningen. Plattformen understreker at mer samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og en styrket kommunal helse- og omsorgstjeneste har skapt behov for ny kunnskap og økt kompetanse i tjenesten (3).

## Framtidig praksis

NSF mener derfor at praksisstudier i sykepleierutdanningene må tilpasses organiseringen av helse- og omsorgstjenesten, oppgavefordeling og yrkesutøvelsens krav til samspillskompetanse. Fordi framtidens sykepleiere vil få et større ansvar og må jobbe mer på tvers av tjenestenivåer, er det nødvendig å utvikle nye praksismodeller som vektlegger samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (4).

Det innebærer at praksisstudiene i langt større grad enn tidligere må vektlegge inn- og utskrivning av pasienter, nettverks- og samarbeidsmøter samt utforming av ulike planer og behandlingsforløp. Gjennom prosjektet vårt har vi utfordret studenter

**Sammendrag:** Bachelorutdanningen i sykepleie ved Universitetet i Tromsø (UiT) Norges arktiske universitet vektlegger samarbeid og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i praksisstudier i psykisk helse og rus. Studentene som deltok i prosjektet «Tett på pasienten», hadde enten praksis i døgnheter ved Senter for psykisk helse eller i den kommunale tjenesten, men hospiterte hos hverandre. Prosjektet viser betydningen av et godt samarbeid mellom sykepleierutdanningen og praksisfeltet.

til å tenke nytt ved å prøve ut nye måter å organisere og gjennomføre sine praksisstudier på innen psykisk helse og rus-omsorgen.

### Organisering

Prosjektet var avgrenset til tre distriktskommuner i Troms, som alle har et senter for psykisk helse (SPHR) lokalisert i kommunen. Studentene var utplassert fra campus Tromsø og hadde sine praksisstudier enten i den kommunale tjenesten eller på døgnenheter ved SPHR. I prosjektet introduserte vi hospitering. De studentene som hadde sin praksis i kommunehelse-tjenesten, skulle hospitere ved SPHR, og vice versa.

Totalt var 21 studenter inkludert i prosjektet høsten 2015 og våren 2016. Prosjektgruppa utarbeidet planer for veiledning, undervisning og hospitering i den ni uker lange praksisperioden. Studentene fikk undervisning på praksisstedet, og innholdet var tilpasset

lokale forhold. Utdanningen var hjelpelig med å skaffe studentene bolig i samarbeid med praksisfeltet.

### Metode

Vi gjennomførte sju fokusgruppeintervjuer. Hensikten med intervjuene var å få studenter, sykepleierveiledere og lærere til å utdype sine egne erfaringer knyttet

---

«Studentene fikk undervisning på praksisstedet, og innholdet var tilpasset lokale forhold.»

---

til prosjektet. Intervjuene hadde en uformell form som ga informantene anledning til å komme med egne refleksjoner og innspill. Fire av intervjuene var



**FELLESKAP:** Studenter som har praksis i samme kommune, borsammen. Det har stor betydning for trivselen. Illustrasjonsfoto: Erik Reis / Mostphotos

med fjorten studenter, to intervjuer med åtte sykepleierveiledere og ett intervju med fem lærerveiledere.

Vi benyttet intervjuguide med åpne spørsmål. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert. Vi foretok en kvalitativ analyse av samtlige intervjuer ut fra de ulike temaene som kom opp. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har godkjent prosjektet.

### Fordeling av ansvar

Studenter, veiledere og lærere understreket at studentene fikk godt innblikk i samhandlingen mellom tjenestetilbudene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. En student sa følgende: «Vi får se hvordan det fungerer, hvem som er involvert, og hvem som har ansvar for hva.»

Studentene fikk følge pasienter fra den kommunale tjenesten og over i spesialisthelsetjenesten, og

## «Studentene ble tildelt ansvar og fulgte opp egne pasienter så langt det lot seg gjøre.»

motsatt. En student sa det slik: «Jeg opplevde en tett oppfølging av pasienten, og at de [i kommunen] lett kunne ringe avdelingen dersom det var noe.» Studentene deltok i samarbeidsmøter og behandlingsmøter og var delaktige i behandling og oppfølging.

En av veilederne sa som følger: «Da får de [studentene] hele gangen i det, og det er mer naturlig. Vi som veiledere er med på møtene og kan veilede studenten underveis.» Studentene ble tildelt ansvar og fulgte opp egne pasienter så langt det lot seg gjøre: «Jeg var så heldig å være med på å følge en pasient fra innskriving, diagnostisering og gjennomføring av selve behandlingen.»

### Ulikt blikk

De ble kjent med fagfolkene i teamet rundt pasienten fra kommune og døgnenhet og ansvarsfordelingen knyttet til selve oppfølgingen. Studentene fikk på nært hold erfare samhandling og samarbeid på tvers av nivåer. En student sa følgende: «Alle ser med forskjellige briller», og på den måten skapte det et «mangfold og ulike syn på saken».

Flere av studentene ble trukket inn i utforming, bruk og oppdatering av individuell plan (IP). Gjennom å arbeide aktivt med IP lærte studentene at planen

kan være et nyttig hjelpemiddel for å oppnå noe av intensjonene i lov om pasient- og brukerrettigheter. Hovedhensikten med IP er å tilstrebe «en langsiktig og helhetlig plan samt koordinering av ulike tiltak og tjenester på tvers av behandlingsnivåene» (5).

### Positivt med lite miljø

Studentene trakk fram positive sider ved å være i en distriktskommune. En uttrykte dette på følgende måte: «De [ansatte og pasienter] vet om og kjenner hverandre i og med at det er en liten plass, og det er lett å ta en telefon.»

Ansatte i distriktspsykiatrisk senter (DPS) og kommunehelsetjenesten kjente hverandre godt og hadde nær arbeidsrelasjon til hverandre siden de ofte jobbet med de samme pasientene, men på hvert sitt tjenestenivå. Dette ble spesielt tydelig for de pasientene som hadde flere innleggelses bak seg. Deres helseproblemer var kjent for alle involverte parter, og nærheten mellom pasienten og ansatte i tillegg til lokal kunnskap gjorde informasjonsflyten enklere.

Gjennom prosjektet ble studentene oppmerksomme på hvordan samarbeid og samhandling fungerte. De hadde mulighet til å stille kritiske spørsmål, som har parallell til det Bengt Karlsson trekker fram: «Den økte tryggheten gir også studentene mot til å si fra, markere seg og være uredde ved å involvere seg i faglige diskusjoner med kollegaer.» (6)

### Samarbeidsutfordringer

Noen studenter opplevde også utfordringer knyttet til samarbeidet mellom behandlingsnivåene. Det kunne handle om mangelfull kommunikasjon mellom de ulike tjenestenivåene ved inn- og utskrivning av pasienter, mangler knyttet til samarbeid og oppfølging rundt enkeltpasienter samt uklar ansvarsfordeling.

Enkelte studenter erfarte at møter kunne være ustrukturerte og ikke godt nok planlagt. De mente at det kunne henge sammen med at mye gjerne skjer på et uformelt plan i små kommuner, der fagfolk kjenner hverandre og har jobbet tett sammen i mange år.

Studentene, derimot, kom utenfra: «Jeg føler kanskje at det er litt usynlig for folk som kommer inn, hvordan dette samarbeidet fungerer.» Resultatet kunne føre til mangelfull dokumentasjon av helse-tjenester og oppfølging av den enkelte pasienten.

### Uenigheter på tvers

Studenter erfarte at det kunne oppstå uenigheter i samarbeidet mellom tjenestenivåene. Uenigheten



handlet gjerne om hva som var til det beste for pasienten, og kunne for eksempel oppstå i tilfeller der pasienter vekslet mellom eget hjem og innleggelse. Denne uenigheten kan handle om motsetningsforhold knyttet til behandlingskultur, som Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal (7) diskuterer.

Forfatterne mener at noe av utfordringen i samarbeidet mellom den kommunale tjenesten og spesialisthelsetjenesten handler om ulike behandlingskulturer. Spesialisthelsetjenesten fokuserer på behandling, mens det kommunale tilbudet legger vekt på pleie og omsorg. De hevder at det er to kulturer som preges av ulike mål og virkemidler.

### Ulike faglige tradisjoner

Også veilederen for lokalt helse- og rusarbeid, «Sammen om mestring» (8), framhever at kommunen og spesialisthelsetjenesten har vært preget av ulike faglige tradisjoner. Mens spesialisthelsetjenesten har vært opptatt av hvordan pasientens problemer skal forstås, utredes og behandles, har det kommunale tjenestetilbudet fokusert på pasientens hverdagsliv.

Samtidig er ikke grenseoppgangen mellom tjenestnivåene skarp og entydig. Disse ulikhetene kan føre til motsetninger og konflikter i samarbeidet rundt den enkelte pasienten. Respekt og forståelse er viktig for å kunne tilby pasienten forsvarlig og god behandling. Karlsson uttaler: «Har man tillit til det de andre gjør og respekt både for deres handlinger og meninger, så gir det et godt grunnlag for samarbeidet.» (6)

Spørsmål om hva som er det rette for pasienten, kan også dreie seg om motsetninger mellom profesjoner. At samarbeidet ikke alltid fungerer optimalt, kan handle om kjennskap og «eierskap» til pasienten, men også om holdninger. I hvilken grad får pasienten ha en aktiv rolle i egen behandling? Bli vedkommende redusert til en passiv mottaker?

Motsetninger og ulike syn knyttet til samarbeid og oppfølging av pasienter kunne gjøre studentene frustrerte og oppgitte. Samtidig ga det rom for interessante refleksjoner i veiledningssammenheng og la grunnlaget for ny forståelse og læring.

### Bra å bo sammen

De fleste studentene som skulle til samme kommune, delte bolig i praksisperioden. Samtlige ga tilbakemelding om at bofellesskapet hadde vært svært utbytterikt: «Det som er positivt, er at vi har bodd i lag i en leilighet.» Bofellesskapet ga rom for og tid til å oppsummere



dagens erfaringer og opplevelser fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til prosjektets formaliserte veiledningstilbud fikk studentene i bofellesskapet en arena der de kunne reflektere rundt daglige erfaringer fra praksis. Betydningen av å bo sammen har visse paralleller til det Åshild Fause skriver om, som hun mener er betydningsfullt for å utvikle seg til en dyktig sykepleier: «Livet i søsterfellesskapet, på søsterloftet og seinere i internatet la grunnlaget for nettopp denne utviklingen.» (9)

En av studentene sa følgende: «Vi har snakket sammen og hatt mange av de samme pasientene, så vi diskuterer veldig mye, hvordan det er i kommunen, og hvordan det er på SPHR.» De understreket samtidig betydningen av å overholde taushetsplikten når de diskuterte praksiserfaringer og pasienter på fritiden.

### Faglig fellesskap

En av studentene som ikke bodde i bofellesskapet, sa som følger: «Jeg var ofte på besøk hos dem. Jeg tenker at i denne praksisen her, at man hører så masse forskjellig og har stort behov for å få det ut, å få snakke med noen og få andre synspunkter.» En av lærerne sa at «studentene opplevde å være i en praksisboble».

Ved å gjennomføre praksis utenbys og være fra-

**UFORMELL SAMTALE:** Studentene får tid til å dele erfaringer når de er hjemme i boligen de deler. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

koplet hverdagen i byen ble oppmerksomheten mer rettet mot det som utspant seg i praksis. Samtidig ga det mer rom for å fordype seg i og diskutere pensumlitteraturen, og knytte læring til praksis.

Lærerne merket at studentenes bofellesskap skapte et unikt faglig fellesskap: «De refleksjonene som studentene har seg imellom fordi de bor i lag og diskuterer SPHR opp mot kommunehelsetjenesten. Vet du hva, de klarer du ikke å tilegne deg på andre måter.»

Ved å bo sammen fikk studentene innblikk i hverandres praksissted og en naturlig innsikt i helsetjenester på ulike nivåer og samhandling på tvers. Det at de var sammen utenom arbeidstid, gjorde det også lettere for dem å avtale hospitering på hverandres arbeidsplass. Både studentene, lærerne og veilederne understreket at studentenes bofellesskap hadde hatt stor betydning for både trivsel og læringsutbytte i praksisperioden.

#### Undervisning og praksis

Samtlige studenter hadde i forkant av praksisperioden deltatt på felles undervisning, der de fokuserte på sentrale temaer knyttet til psykisk helse og ruslidelser. I regi av prosjektet fikk studentene undervisning også underveis i praksisen. Denne undervisningen skulle være lokalt forankret og tilpasset, og ble organisert og gjennomført av lærerveiledere, sykepleiere eller andre fagpersoner fra praksis.

Studentene fikk noen timers undervisning og veiledning i løpet av praksisperioden. Hensikten med dette

## «Når studentene bodde sammen og diskuterte fag og erfaring, kunne de utvikle nye perspektiver og forståelser.»

tilbudet var å hjelpe studentene til å se sammenhenger og knytte teorien til den praktiske sykepleieutøvelsen. Studentene erfarte at det var en ulempe å ha teoriundervisning før praksisperioden: «Vi har ingen knagger å henge det på før vi har vært i praksis.»

De omtalte imidlertid undervisningen i praksis som positiv. Ved å integrere teori og praksis fikk studentene i større grad anledning til å øke fagkunnskapen. En annen effekt av den lokalt forankrede undervisningen var at lærerne og praksisfeltet ble mer oppmerksomme på den

solide kompetansen som finnes i distriktskommunene.

#### Nye perspektiver

Fagkunnskap krever både teoretiske og praktiske ferdigheter, men framstår ofte for studentene som to ulike enheter der teori er atskilt fra praksis. Gjennom en lokalt tilpasset undervisning så studentene vekselvirkningen mellom teori og praksis. Det skapte gode refleksjoner både i undervisningen og veiledningstimmene, som en av studentene uttrykte: «Jeg tenker at det som var bra, var foreleserne. De var utrolig bra, og selvfølgelig at man jobber med tema etterpå.»

I Greta Skaus kompetansetrekant legges det vekt på den nære koplingen mellom teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse (10). Kompetansen som studentene utviklet, ble unik og personlig. En student understreket at målet med praksis var å lære. Hun sa følgende: «Så det er noe med fokus i praksis. Er det for å lære eller vise fram det vi har lært? Det er to viktige forskjeller, synes jeg.»

Prosjektet ga dermed studentene en mulighet til å utvikle sin personlige kompetanse og profesjonalitet. Når studentene i tillegg bodde sammen og diskuterte fag og erfaring, kunne de utvikle nye perspektiver og forståelser.

#### Hospitering på tvers

Flere av studentene syntes ikke alltid at ordningen med hospitering fungerte etter intensjonen. Enkelte uttrykte det slik: «Tanken bak hospiteringen var bra, men i praksis har det ikke fungert sånn som vi tenkte.» Flere erfarte at hospiteringen var litt dårlig planlagt, og at enkelte veiledere var skeptiske. Noen av sykepleierveilederne i praksisfeltet mente blant annet at studentene fikk for lite kontinuitet i oppfølgingen av enkeltpasienter.

Hospitering var i utgangspunktet tenkt å skulle foregå mot slutten av praksisperioden, men flere studenter mente at den heller burde komme tidligere i praksisforløpet. Da kunne de heller avtale hospitering én til to dager i tillegg dersom det var relevant.

Selv om ordningen ikke fungerte helt etter intensjonen, fikk samtlige studenter kjennskap til ulike tjenestetilbud på kommunalt nivå og spesialistnivå – samarbeidsformer og tjenestetilbud som var relevante for deres kliniske praksisstudier.

#### Ønsket praksisperiode

En av veilederne ønsket å legge til rette for en praksis der studentene kunne følge opp til tre pasienter:

«Kanskje vi ikke skal tenke at noen studenter skal på døgnheten, mens andre skal være her i kommunen, men at de skal få følge opp sine tre pasienter [ute og inne] mens de er her hos oss i praksis.» Da ville overgangen mellom tjenestenivåene bli mer fleksibel og naturlig.

Denne veilederen ville gjerne ha sykepleierstudenter i sin kommune og mente de ulike tjenestene kunne samarbeide om å lage en god praksisperiode: «Det er dere [SPHR], og det er oss [rus og psykisk helsetjeneste i kommunen], og det er bofellesskapet. Kanskje skal vi gjøre det i lag? Hvis vi hadde sett litt mer på den enkelte student og spørre hva kan vi tilby deg her disse ukene ...»

Veilederne hadde også rekruttering av sykepleiere i tankene. En god og lærerik praksisperiode ville kunne øke sjansen for at studentene i neste omgang søkte seg tilbake som ferdig utdannede sykepleiere.

### Oppsummering

Samhandlingsreformen understreker at «bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover» (2). Gjennom prosjektet vårt har studentene tatt aktiv del i samhandling på tvers av nivåer. I tillegg har de fått innblikk i sterke og svake sider ved denne samhandlingen. Ifølge lærerne bør samhandling på tvers av nivåer være en rød tråd både i teoriundervisningen og praksis.

Studenter som ble sendt ut i en distriktskommune, erfarte at denne praksisen ga dem et unikt læringsutbytte. Flere framhevet at det var deres beste praksisperiode. Vi som utdanningsinstitusjon ønsker at flere studenter skal få oppleve en slik praksis.

Det er ute i kommunen at pasientene som er knyttet til psykiske helsetjenester og rus, lever sine liv. Det understrekes også i Universitets- og høyskolerådets praksisprosjekt at «[d]et er [...] et misforhold mellom andelen praksisstudier i spesialisthelsetjenesten versus primærhelsetjenesten, i strid med Samhandlingsreformens intensjoner» (4).

Lærerne oppsummerte at erfaringer fra dette prosjektet har stor overføringsverdi til andre praksisstudier i utdanningen, som for eksempel innenfor medisin og kirurgi. Videre framhevet de det gode, kollegiale samarbeidet som preget gjennomføringen av prosjektet.

Hovedhensikten med prosjektet var å gi studenter en bedre forståelse av og erfaring med samarbeidet mellom ulike behandlingsnivåer. For å få til et godt



**OPPLÆRING:** Studentene deltar i behandlingen av pasientene. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

samarbeid og informasjonsflyt må prosjekter som dette ha en tydelig forankring både i utdanningen og praksisfeltet.

Sist, men ikke minst ser vi at prosjektet har bidratt til at både utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet må tenke nytt om hvordan de organiserer og gjennomfører praksisstudier for å fremme studentenes læring. ■

### Referanser

1. Sætre B, Ødegaard T, Fause Å. Trygghet og kompetanse hos kontaktsykepleiere. *Psykisk helse og rus*. 2013; 3:32-35.
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
3. Norsk Sykepleierforbund. NSF's politiske plattform for praksisstudier 2017–2020. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2200366/Politisk%20plattform%20utdanning.pdf> (nedlastet 02.02.2018).
4. Universitets- og høyskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning. Praksisprosjektet. Oslo: Universitets- og høyskolerådet; 2016.
5. Helsedirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Om individuell plan og koordinator – formål og rettigheter. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittelom-individuell-plan-og-8179> (nedlastet 07.03.2018).
6. Karlsson B. Kompetanseutvikling i lokalbasert psykisk helsearbeid – en kvalitativ evalueringsstudie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2007;4(2):156–65.
7. Hansen GV, Ramsdal H. Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2014;11(1):55–63.
8. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Veileder i lokalt helsearbeid og rusarbeid for voksne. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
9. Fause Å. Sykepleierutdanning i endring. *Sykepleien*. 2002;90(16):14–17.
10. Skau GM. Gode fagfolk vokser. Oslo: Cappelen Damm; 2011.



# Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni

Personer med schizofreni i bolig kan få bedre søvn, et sunnere kosthold og færre livsstilssykdommer med hjelp fra sykepleiere.

## FAKTA

Av **Janet Verdera**,  
høgskolelektor, Fakultet  
for helse og sosialvi-  
tenskap, Høgskolen i  
Sørøst-Norge

**Marie Mjeltevik  
Bjørnstad**,  
sykepleier, Ø-hjelp, Helse  
og omsorg Skien

Artikkelen er først  
publisert på sykepleien.no  
DOI-NUMMER: 10.4220/  
Sykepleiens.2018.65895

**D**iagnosen schizofreni påvirker menneskets grunnleggende behov. Derfor jobber sykepleiere med å forebygge og sette inn tiltak for å fremme helsen til den enkelte. Ernæring, fysisk aktivitet og søvn kan være noen av de problematiske områdene for mennesker med schizofreni. I denne artikkelen besvarer vi følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere arbeide helsefremmende overfor voksne personer med schizofreni i bolig?»

For at disse personene skal få høyere livskvalitet, trenger sykepleiere kunnskap om hva som påvirker helsen deres. Helsefremming innebærer å ivareta fysisk og psykisk helse samt å fremme velvære og livskvalitet (1). Vi avgrensner helsefremming til områdene ernæring, fysisk aktivitet, søvn og symptomer.

Denne artikkelen omhandler voksne personer som har levd med sykdommen schizofreni i mange år. De trenger daglig støtte fra helsepersonell. Med «bolig» mener vi bokollektiv eller kommunale boliger med døgnbemanning. Vi fokuserer på hvordan de fysiske behovene påvirker den kroppslige helsen og symptomene deres.

Forskning viser hvor viktig det er med en salutogen tilnærming i behandlingen av ulike helseproblemer, inkludert ulike psykiske helseproblemer. Målet med en slik tilnærming er ikke bare å behandle symptomer, men også å gjøre folk i stand til å leve optimalt med sine problemer (2).

## Metode

Artikkelen er en litteraturstudie. Vi baserte søkene på helsefremming og livskvalitet, kombinert med de grunnleggende behovene eller symptomene. Mål-

gruppen skulle være mennesker med schizofreni, og artiklene skulle ikke være eldre enn ti år. Forskningen skulle følge IMRAD-strukturen og være fagfellevurdert.

I databasene PubMed, CINAHL og SveMed+ brukte vi hovedsakelig engelske søkeord samt avanserte søk der vi kombinerte emneord med «and». Utfordringen var å finne forskning rettet mot sykepleie. Vi kom frem til fem artikler som belyser problemstillingen. Disse artiklene omhandler ulike temaer og svarer på hvordan sykepleieren kan arbeide helsefremmende overfor personer med schizofreni.

## Analyse

Datamaterialet skulle i hovedsak handle om ernæring, fysisk aktivitet, søvn eller symptomer, som tilsvarer de valgte hovedområdene i denne artikkelen. Materialet skulle fastslå et problem, undersøke årsaken og prøve ut tiltak med mål om å fremme helse og livskvalitet hos mennesker med schizofreni.

Vi brukte et nummereringssystem for å analysere

**Sammendrag:** Schizofreni er en diagnose som reduserer livskvaliteten. Personer med denne diagnosen er utsatt for plager som påvirker helsen. Hvordan kan sykepleiere arbeide helsefremmende for personer med schizofreni i bolig? Livsstilssykdommer og søvnproblemer påvirker evnen til å mestre utfordringer i hverdagen. Tiltak fungerer, men ikke uten hindringer. En god relasjon mellom sykepleieren og pasienten kan være avgjørende for helsefremmende arbeid.



funnene i de fem artiklene, der vi markerte og nummererte viktige avsnitt, setninger og ord i resultatdelen av artikkelen. Slik fikk vi en oversikt over nøkkelpunkter og kunne utforske sammenhengene mellom dem.

Artiklene belyser det enkelte temaet på en selvstendig måte. Likevel fikk vi et bilde av de faktorene som må være til stede i helsefremmende arbeid da vi så artiklene i sammenheng. Slikt arbeid krever tiltak rettet mot alle de nevnte behovene.

#### **Kosthold og aktivitet**

Studiene viser at mennesker med schizofreni ofte spiser mye mettete fett og lite frukt og fiber. I tillegg har de et større forbruk av tobakk og rusmidler, og lite fysisk aktivitet. De er derfor utsatt for livsstilssykdommer (3).

Studiene viser også en klar sammenheng mellom usunt kosthold og stress. Personer utsatt for stress har høyere matinntak, inkludert mat med høyt sukker- og fettinnhold (3). Mennesker med schizofreni er mer utsatt for stress, men det er behov for flere studier for å fastslå sammenhengene mellom stress og kosthold.

Sammenhengene mellom kosthold, stress og antipsykotiske midler har blitt undersøkt i mindre studier og viser at enkelte antipsykotiske medisiner gir større matlyst. Det er mer usikkert hvorvidt et dårligere kosthold enn resten av befolkningen alene er årsaken

til helseproblemer og et kortere liv (3). Faktorer som fysisk aktivitet kan spille en rolle.

In SHAPE er et kost- og treningsprogram for mennesker med alvorlige, psykiske lidelser (4). Programmet fokuser på individuelt opplegg for mål, behov og vilje til forandring. Deltakere i programmet fikk ukentlig oppfølging av en egen helsementor med kunnskap innen ernæring og trening. Deltakerne rapporterte om positive resultater som mindre midjemål, økt selvaktelse, forbedret kognitiv funksjon og færre negative symptomer (4).

**LIVSSTILSFORANDRING:** Fysisk aktivitet gir mulighet til å oppleve sosiale settinger, meningsfylte aktiviteter og mestring. Illustrasjonsfoto: Anders Ludvigson / Mostphotos

---

«For at disse personene skal få høyere livskvalitet, trenger sykepleiere kunnskap om hva som påvirker helsen deres.»

---

#### **Søvn**

Søvn er et problem for mennesker som opplever psykoser (5). Daglige oppgaver, bosituasjon og økonomi kan være kilder til bekymring. Det samme kan vrangforestillinger eller redsel for å få en psy-



kose. Innholdet i en psykose ble hyppig rapportert som en faktor til engstelse. En ustabil døgnrytme og mangel på søvn gir emosjonelt ubehag, tretthet, økt irritasjon og angst.

Psykoedukasjon, det vil si opplæring i psykisk sykdom, søkelys på triggere og søvndagbok var noen av metodene som ble brukt i studien. Med stimuluskontroll, bedre døgnrytme, søvnhygiene og avslapningsmetoder rapporterte flertallet av deltakerne bedret søvn og generelt mer velvære (5).

Bedre søvnkvalitet påvirket hvordan den enkelte mestret sine hallusinasjoner og gjøremål. Deltakerne mente at mer kunnskap om sykdommen og mestringsstrategier var viktig og nødvendig for å oppnå

## «Søvn er et problem for mennesker som opplever psykoser.»

endringer. Alle deltakerne påpekte at det var viktig med en god relasjon til terapeuten.

### Symptomer

Schizofreni kjennetegnes av positive og negative symptomer. Eksempler på positive symptomer kan være hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser. Tilbaketrekning og apati er eksempler på negative symptomer.

Mennesker med schizofreni mestrer positive symptomer i større grad enn negative selv om de siste påvirker den daglige funksjonen i størst grad. Negative symptomer lar seg dårligst behandle og risikerer å bli langvarige. Mestring er viktig for å kunne leve med symptomene, men deltakerne i denne studien hadde få eller ingen mestringsstrategier (6).

I tillegg til positive og negative symptomer kan også kognitiv svikt påvirke den enkeltes liv. Cognitive Adaptation Training (CAT) har som mål å bedre pasientens daglige funksjon og er beskrevet som et sykepleietiltak (7).

Sykepleieren og pasienten utforsker pasientens styrker og svakheter sammen. De endrer elementer i pasientens miljø for å kompensere for en eventuell kognitiv svikt. CAT viste seg å ha effekt fra fjerde måned, men først etter ti måneder så de gode resultater. Pasientene fikk en bedre funksjon i hverdagen, og deres arbeidsrelaterte aktiviteter økte.

### Kostholdstiltak

Mennesker med schizofreni har et kortere livsløp enn resten av befolkningen. Årsaken kan forklares med den høye forekomsten av metabolsk syndrom. Metabolsk syndrom inkluderer forandringer som høyt blodtrykk, høye insulinverdier, overvekt og høye kolesterolverdier (4, 8).

Sykepleieren og pasienten trenger å identifisere problemet, og begge må ha et ønske om å forandre det. For at partene skal få en lik forståelse av problemet, må pasienten ha tillit til sykepleieren. Tillit kan være spesielt viktig i en bolig, der pasienten ikke er forpliktet til å følge tiltak knyttet til kosthold.

En helsementor har blitt fremhevet som nødvendig for å oppnå et vellykket resultat (4). I en bolig vil sykepleieren ta denne rollen. Pasientens egne interesser og vilje bestemmer hvor store kostholdsendingene skal være. Dermed kan utfallet bli dårligere enn ønsket.

På den annen side kan en slik valgfrihet føre til forandringer som varer over tid. Et slikt program er tidkrevende og kan bli utfordrende både for pasienten og sykepleieren. Negative symptomer i form av initiativløshet og apati kan være fremtredende i perioder.

Programmet krever også at pasienten tilegner seg kunnskap, men kognitiv svikt kan påvirke hvordan pasienten bearbeider informasjonen. Dermed vil individuelle programmer med tett oppfølging fra en sykepleier være desto viktigere (4). Tilpasset kommunikasjon kan hjelpe slik at kognitiv svikt og symptomer ikke blir en hindring.

Sosioøkonomisk status, gener og stress er faktorer som påvirker kosthold. I tillegg gir noen antipsykotika økt matlyst (3). Sykepleieren, pasienten og legen kan sammen finne ut hvilke legemidler som gir færrest bivirkninger for den enkelte. I tillegg kan det tenkes at sykepleieren må flytte oppmerksomheten fra det pasienten spiser til noe annet, som for eksempel aktiviteter.

### Fysisk aktivitet

Mennesker med schizofreni har en livsstil preget av mindre aktivitet (4, 9). Det kan tenkes at inaktiviteten har sammenheng med symptomene. Når disse menneskene mestrer sine positive symptomer, bruker flertallet av dem antisosiale strategier fremfor sosiale for å mestre sine negative symptomer (6).

Fysisk aktivitet krever at man oppsøker sosiale settinger, som å gå turer og bruke lokale idrettsanlegg. Dette kan dermed være den første utfordringen sykepleieren og pasienten må arbeide med. Negative

symptomer kan være en hindring for å starte en intervensjon, fordi pasienten ikke nødvendigvis ser meningen eller behovet for forandring.

Når symptomer blir en hindring, kan sykepleieren påta seg rollen som helsementor. Observasjon og samtaler om at fysisk aktivitet vil redusere de negative og kognitive symptomene over tid, vil være sentrale (4).

Det er en stor motivasjonsfaktor å oppleve fremgang, i tillegg til mestring. I en bolig vil sykepleieren ha mulighet til å måle flere parametere for fremgang, herunder vekt, midjemål og blodtrykk. Beboeren vil kunne si noe om hvordan vedkommende opplever en eventuell forbedring.

### Forebygger kjedsomhet

Mennesker med schizofreni er mer utsatt for å kjede seg (10). Å kjede seg kan defineres som å ville, men ikke kunne delta i meningsfylte aktiviteter. En slik tilstand kan føre til aggresjon, redusert konsentrasjon, redusert kognitiv funksjon, rastløshet samt bruk av rusmidler. Disse faktorene er negative for alle mennesker, men har større konsekvens for mennesker med schizofreni.

Arbeid er både en fysisk og mental aktivitet. 94 prosent av personer med schizofreni er ikke i arbeid, mens 53–70 prosent av personer med schizofreni ønsker å være i arbeid (11).

Fysisk aktivitet kan være en del av løsningen på det å kjede seg. Helsepersonell bør være mer oppmerksomme på mangelen på meningsfylte aktiviteter. Fysisk aktivitet gir mulighet til å oppleve sosiale settinger, meningsfylte aktiviteter og mestring. Dermed kan fysisk aktivitet forebygge kjedsomhet.

Det er lettere å oppnå mål for fysisk aktivitet enn for kosthold (4). Trening gir raskere og flere resultater som er tydelige for pasienten. Subjektive opplevelser som velvære samt fysisk og psykisk styrke blir rapportert på et tidligere tidspunkt i motsetning til kostholdsforandringer. Der tar det lengre tid å se resultater. I tillegg oppleves de som vanskelige å gjennomføre.

Et forslag kan være å starte med fysisk aktivitet, og tilføye kostholdstiltak på et senere tidspunkt. De positive effektene av fysisk aktivitet vil hjelpe pasienten med å gjennomføre en livsstilsforandring rettet mot både aktivitet og kosthold.

### Dårligere søvnkvalitet

Personer med psykoselidelser har dårligere søvnkvalitet enn resten av befolkningen (5). Mangel på søvn

forverrer eller utløser positive, negative og kognitive symptomer. Emosjonelt ubehag, tretthet og engstelse er normale konsekvenser av dårlig søvn.

Andre konsekvenser kan være at de ikke klarer å delta i aktiviteter, opprettholde relasjoner og utføre daglige gjøremål. Søvnmangel har derfor store konsekvenser for pasientens liv, og sykepleieren har ansvaret for å fremme søvn hos pasienten (12).

Positive symptomer kan være hovedårsaken til dårligere søvn hos personer med schizofreni. Psykoedukasjon kan hjelpe pasienten med å forstå hva som utløser og vedlikeholder søvnvansker. Pasienten tilegner seg kunnskap om lidelsen og verktøy som kan anvendes, som for eksempel søvndagbok. I terapien

---

«For at partene skal få en lik forståelse av problemet, må pasienten ha tillit til sykepleieren.»

---

opererer de med personlig forståelse av problemet som et vendepunkt (5, 13).

### Tiltak for bedre søvn

Stimuluskontroll vil si å sove til riktige tider av døgnnet (5). Aktivitet gjennom dagen bidrar til at man føler seg mer sliten på kvelden og lettere faller i søvn. Balansen mellom aktivitet og hvile er viktig (9). Sammen kan pasienten og sykepleieren finne frem til denne balansen.

Sovemiljøet kan være en avgjørende faktor. Soverommet skal kun brukes til å sove, derfor vil sengen og soverommet reserveres mot andre aktiviteter. Andre tiltak for å bedre søvnen fokuserer på døgnrytmen. En god døgnrytme kan knyttes til livsforandringene for kosthold og fysisk aktivitet. Gåturet og liknende aktiviteter kan være gode kilder til dagslys og mosjon.

Slike tiltak tar tid. Å snu døgnrytmen vil i første omgang føre til færre timer søvn totalt sett (5). Sykepleieren må derfor hjelpe pasienten med å opprettholde motivasjonen i startfasen. Hva som kan bedre søvnen til en person med schizofreni, er ulikt. I noen tilfeller kan små justeringer av det som påvirker søvnen, være alt som trengs.

Andre deltakere beskrev at de hadde problemer med å huske å bruke øvelser og verktøy. Det kan muligens knyttes til negative symptomer eller kognitiv svikt.



### Sykepleierens rolle

Sykepleiere må bygge og opprettholde en god relasjon slik at pasienten klarer å være åpen om sine behov og utfordringer. Sykepleierens evne til å lytte til pasienten og vise at hun eller han vil hjelpe, kan være avgjørende (5). Sykepleierens rådgivende rolle og salutogenese er knyttet tett sammen. Sykepleieren skal hjelpe personen med å finne mening og oppmuntre til forandring.

Et ønsket utfall vil være at sykepleieren klarer å styrke pasientens opplevelse av sammenheng (SOC, sense of coherence) (2). For å oppnå denne opplevelsen av sammenheng er relasjonen med sykepleieren og aktivitet viktige faktorer. Disse faktorene må ligge til grunn for at tiltak i helsefremmende arbeid skal fungere og holde over tid.

### Styrker og svakheter

Svakheten i denne beskrivelsen er temaets omfang. Grunnleggende behov hos mennesker med schizofreni er et såpass stort og viktig tema som fortjener mer diskusjon. Ved å velge ett behov ville vi kunne gått dypere inn på ett tema og sentrert forskningen rundt dette.

Ved å drøfte tre grunnleggende behov samt symptomene knyttet til schizofreni har vi kunnet peke på noen sammenhenger. Likevel er bildet enda mer komplekst enn vi har skissert her. Et grundigere svar vil kreve mer forskning. Vi understreker at schizofreniens forløp, symptomer og utfordringer er individuelle. Tiltak krever tilpasning til den enkelte pasienten.

### Konklusjon

Tre grunnleggende behov er identifisert som risikofaktorer hos mennesker med schizofreni: kosthold, fysisk aktivitet og søvn. Disse behovene påvirker helsen i stor grad. Sykdommen schizofreni forbindes ofte med redusert livskvalitet sammenliknet med resten av befolkningen. Mye tyder på at livsstilen er en av hovedårsakene i tillegg til symptomenes påvirkning i hverdagen.

Ugunstig kosthold og lite fysisk aktivitet øker faren for metabolsk syndrom og dermed andre tilleggs sykdommer. Helsefremmende arbeid vil derfor forebygge et negativt livsstilsmonster. Søvn er den tredje risikofaktoren som er identifisert, og som er knyttet til positive symptomer og engstelse. Standard søvntiltak har vist seg å ha god effekt sammen med tett oppfølging og veiledning fra sykepleieren.

Når sykepleieren skal arbeide helsefremmende overfor personer med schizofreni, bør søvn være det første behovet som tilfredsstilles. Søvnmangel har størst

innvirkning i en persons hverdag og påvirker helsefremmende tiltak knyttet til kosthold og aktivitet.

Pasienten kan raskere oppnå merkbare resultater ved fysisk aktivitet, sammenliknet med kosthold. Å starte med tiltak knyttet til fysisk aktivitet kan derfor øke motivasjonen for den enkelte fremfor å forandre kostholdet.

Å arbeide helsefremmende er en tidkrevende prosess for både sykepleieren og pasienten. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er en viktig faktor for at pasienten skal nå målene. Det krever mye kunnskap og innsats fra sykepleieren å etablere en god relasjon med mennesker med schizofreni og jobbe helsefremmende og målrettet. ■

*Denne artikkelen har tidligere stått på trykk i Sykepleien 04/2018.*

### Referanser

- Kristoffersen JN, Nortvedt F, Skaug EA. Om sykepleie. I: Kristoffersen JN, Nortvedt F, Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 16–29.
- Langeland E. Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. Klinisk Sykepleie. 2012;32(02):38–49.
- Dipasquale S, Pariente MC, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. Journal of Psychiatric Research. 2013;47(2):197–207.
- VanCitters DA, Pratt IS, Jue K., Williams G, Miller TP, Xie H, et al. A pilot evaluation of the In SHAPE individualized health promotion intervention for adults with mental illness. Community Mental Health Journal. 2009;46(6):540–52.
- Waite F, Evans N, Myers E, Startup H, Lister R, Harvey GA, et al. The patient experience of sleep problems and their treatment in the context of current delusions and hallucinations. The British Psychological Society 2015;89(2):181–93.
- Rollins LA, Bond, RG, Lysaker HP, Salyers FM. Coping with positive and negative symptoms of schizophrenia. American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 2010;13(3):208–23.
- Quee JP, Stiekema MPA, Wigman WTJ, Schneider H, Van der Meer L, Maples JN, et al. Improving functional outcomes for schizophrenia patients in the Netherlands using Cognitive Adaptation Training as a nursing intervention – A pilot study. Schizophrenia Research. 2014;158(1–3):120–5.
- Aagaard H, Bjerkreim T. Væske og ernæring. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 161–207.
- Skaug EA. Aktivitet. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 269–300.
- Gerritsen JC, Goldberg OJ, Eastwood DJ. Boredom proneness predicts quality of life in outpatients diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(8):781–7.
- Bull H, Lystad UJ. Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2011;48:733–8.
- Bastøe HLK, Frantsen AM. Søvn og hvile. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 301–30.
- Aarre FT, Bugge P, Juklestad SI. Psykiatri for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.





Honorar på  
500 kroner!

## Vil du være stemmen fra praksis?

Sykepleien Forskning trenger sykepleiere som kan kommentere forskningsartikler fra praksisfeltet. Kommentarene skal være korte og handle om hvordan innholdet i artikkelen har klinisk relevans. Hvis du vil bidra, får du god hjelp og veiledning underveis. Slike praksiskommentarer er populære og viktige, både for forfatterne og sykepleiere i praksis.

Som takk for hjelpen får du kr 500,-.

Send e-post til oss i dag så tar vi kontakt med deg: [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no)

Sykepleien

forskning

[facebook.com/SykepleienForskning](https://facebook.com/SykepleienForskning)



# Bruker yoga som medikamentfritt tillegg i avrusning

«Jeg har aldri kjent en sånn ro.» Ved Vestre Viken tilbyr de nå yoga til rusavhengige pasienter.

## FAKTA

Av **Hilde Nymoen**, rådgiver, Klinikk for psykisk helse og rus, FoU-avdelingen Vestre Viken HF

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no  
DOI-NUMMER: 10.4220/  
Sykepleiens.2018.69984

**M**ange i dagens samfunn benytter rusmidler, og da særlig alkohol, til å skape velbehag og avslapning i livene sine. Når bruken av rusmidler går over til avhengighet, har rusmidlene ofte en annen funksjon. De benyttes da gjerne for å unngå abstinenser, fysisk og psykisk ubehag og å glemme bekymringer.

Rusavhengige har ofte mange ulike problemer med sammensatte utfordringer. For eksempel kan den rusavhengige mangle jobb og bolig, samtidig som vedkommende kan være feilernært og ha økonomiske vansker og fysiske og psykiske helseproblemer (1).

Et grovt anslag er at minst tre firedeler av rusavhengige har psykiske lidelser. De vanligste lidelsene er sosial fobi, depresjon og PTSD (2). Mange er sårbare for over- eller underreaksjon på stress. Sårbarheten for stressreaksjoner kan være forårsaket av både biologiske og miljømessige faktorer.

### Medikamentfri avrusning

Når rusproblemene blir så store at personen oppsøker avrusning, gir dette en anledning til å introdusere eller oppfriske ikke-medikamentelle strategier for å regulere stress.

Målet for avrusning er at pasienten ved utskrivelse ikke lenger skal ha inntak av rusmidler og være motivert for videre rusbehandling. Under avrusning er det vanlig at pasientene får abstinenser. Vanlige symptomer på abstinenser er uro, skjelvinger, søvnvansker og muskelsmerter (3).

Innen avrusning har behandlingen de siste ti

årene vært rettet inn mot å lindre symptomer med medikamenter (3). Nasjonale føringer vektlegger derimot at avrusning bør ha et bredere perspektiv på behandlingen (4). Dette innebærer å lære pasientene strategier de kan bruke for å mestre sine liv som rusfrie. I denne sammenhengen er det viktig å utvikle en evne til å regulere følelser og takle stress på egen hånd.

Videre anbefales det å stimulere pasientene til meningsfulle aktiviteter, som vil fylle tomrommet etter rusen og øke motivasjonen for rusfrihet (4).

I Vestre Viken ønsker vi å utvide perspektivet på avrusningen i tråd med de nasjonale føringene ved å innføre yoga. I denne artikkelen vil det bli redegjort for hvordan yoga er tatt i bruk ved en avrusningsseksjon i helseforetaket, og evalueringen av prosjektet.

### Yoga som behandlingsform

Yoga har sin opprinnelse i oldtidens India. Ordet «yoga» stammer fra ordet «yuj», som

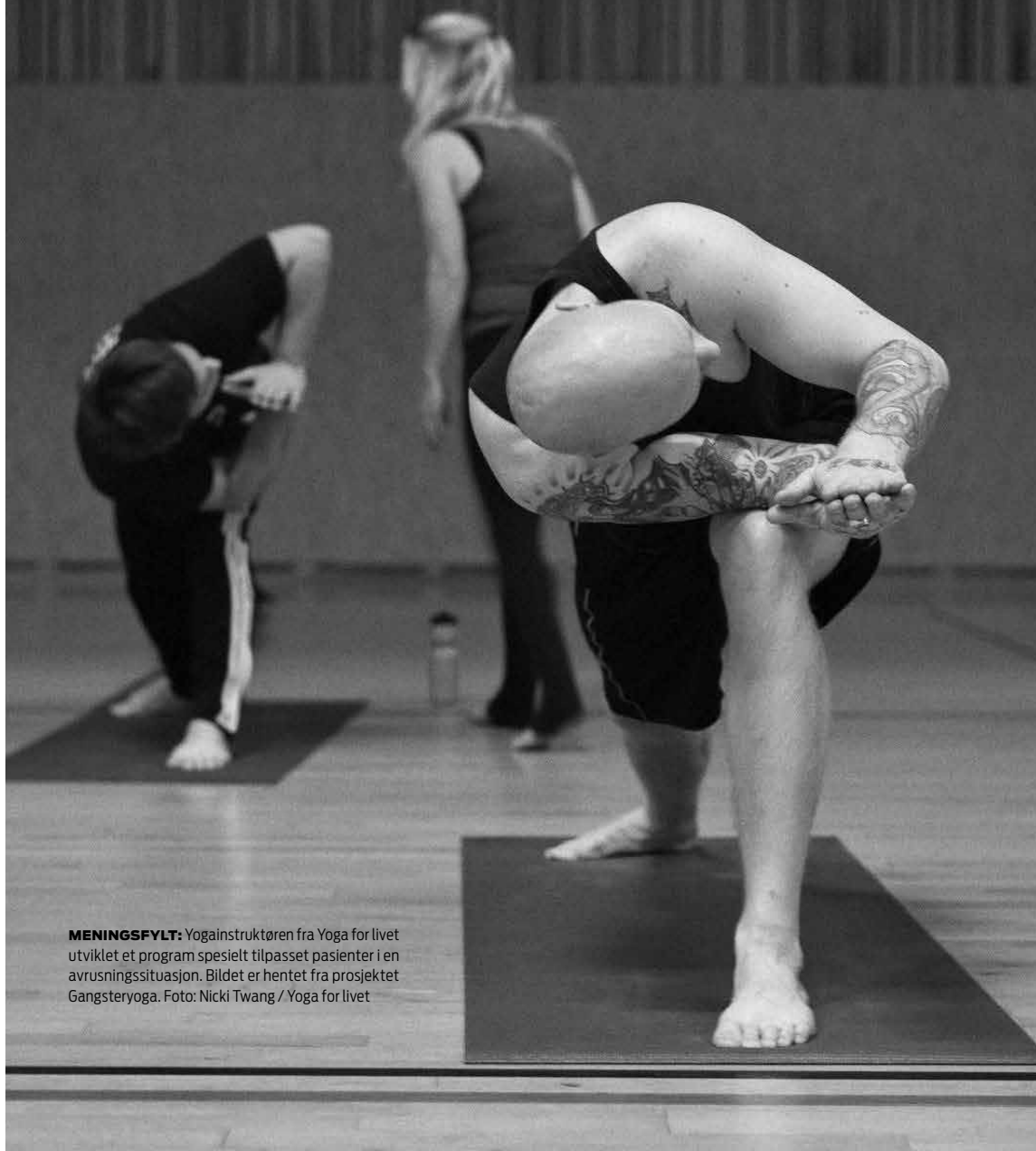


**Sammendrag:** Mange pasienter med rusproblemer mangler erfaring med og tro på ikke-medikamentelle fremgangsmåter for avslapning og oppmerksomt nærvær. Ved Vestre Viken tilbys pasientene yoga to ganger per uke. Pasientenes tilbakemeldinger tyder på at yoga kan være en egnet del av behandlingstilbudet i avrusning. De føler seg roligere, mindre anspente og mer fokuserte etter yogatimene.

---

«Innen avrusning har behandlingen de siste tiårene vært rettet inn mot å lindre symptomer med medikamenter.»

---



**MENINGSFYLT:** Yogainstruktøren fra Yoga for livet utviklet et program spesielt tilpasset pasienter i en avrusningssituasjon. Bildet er hentet fra prosjektet Gangsteryoga. Foto: Nicki Twang / Yoga for livet

betyr å forene kropp, sinn og ånd. I den vestlige verden er det åndelige aspektet tonet ned, og det fokuseres på å knytte sammen kropp og sinn (5).

Yoga gir i likhet med mange andre fysiske øvelser økt bevegelighet, balanse og muskelstyrke. Det unike med yoga er at de fysiske øvelsene kombineres med oppmerksomt nærvær og pust. Det skal gi en bedre mental balanse og avspenning i tillegg til den fysiske gevinsten (6).

En oppsummeringsartikkel basert på 25 forskningsstudier viser at yoga kan redusere stress og gi et mer stabilt stemningsleie. Artikkelen antyder at årsaken kan være at yoga bedrer reguleringen av det sympatiske nervesystemet og hypothalamus–hypofyse–binyrebark–aksen (stressmekanismen) (7).

Behandlingseffekten av yoga er i ferd med å bli godt dokumentert innen både fysiske og psykiske helsetjenester (8). Innen rusfeltet og psykisk helsevern er det sterkest evidens for effekten av yoga for depresjon (7, 9, 10). Det er noe svakere evidens for at yoga har effekt for angst og søvnforstyrrelser (9, 10).

To oppsummeringsartikler tyder også på at yoga har effekt som en komplementær terapi for ADHD, schizofreni og rusmiddelproblemer (9, 11).

### Vestre Vikens yogaprojekt

Ved Vestre Viken HF, Avdeling for rus og avhengighet (ARA), Seksjon for avgiftning og utredning Bærum (Sau-B), ble det igangsatt et prosjekt i august 2017 for å finne ut om yoga er egnet ved avrusning i de tilfellene der pasienten blir lagt inn over flere døgn. Litteratursøk i forsknings- og fagutviklingsartikler tyder på at yoga innen avrusning er nybrottsarbeid.

## «Det unike med yoga er at de fysiske øvelsene kombineres med oppmerksomt nærvær og pust.»

Bakgrunnen for prosjektet var en brukerundersøkelse ved seksjonen i 2016 som viste at pasientene var misfornøyde med aktivitetstilbudet ved seksjonen. På nasjonalt plan har det også vært vanlig at pasienter har vært misfornøyde med aktivitetstilbudet ved rusbehandlingsinstitusjoner (12). Derfor ønsket de ansatte ved Sau-B å utvide aktivitetstilbudet.

Kliniske erfaringer tyder på at fysisk aktivitet i abstinensfasen bidrar til å redusere angst, bedre søvn og redusere subjektive abstinenssymptomer (13).

Ved Sau-B antok de at yoga kunne være en fysisk aktivitet som passet pasientgruppens helsesituasjon. I tillegg vurderte de at yoga kunne være en innendørsaktivitet som er praktisk gjennomførbar i en seksjon med lav bemanning.

Dessuten er Sau-B en del av en klinikk som har igangsatt et arbeid for å redusere medikamentbruk og sikre riktig bruk av medikamenter. Rusavhengige er vant til å dempe ubehag med rusmidler eller medikamenter. Målet med å innføre yoga var derfor å gi pasientene et verktøy for å lære å finne ro og oppmerksomt nærvær på egen hånd.

Prosjektet skulle evalueres med et spørreskjema og muntlige tilbakemeldinger fra pasientene. Det var ønskelig å finne ut om pasientene ville oppleve en større indre ro etter yogatimene. I tillegg ville de undersøke om pasientene ble mer fokuserte etter yogatimene.

Å være fokusert betyr å være mer til stede i det man tenker og føler i øyeblikket. Mange av pasientene ved Sau-B sliter med å være fokuserte på grunn av bekymringer og depresjon.

Siden yogatilbudet ved Sau-B har begrenset varighet, var det også et mål å evaluere om de lyktes med å motivere pasientene til å bruke yogaøvelsene på egen hånd og til å benytte seg av andre yogatilbud etter avrusningsoppholdet. Dersom prosjektet viser seg å oppnå ønskede resultater, er planen at yogatilbudet skal bli en del av den ordinære driften fra juni 2018.

### Yoga for livet

I prosjektet ble det leid inn en yogainstruktør fra stiftelsen Yoga for livet. Stiftelsen har spesialisert seg på å tilby yoga som et ledd i rehabiliteringen av blant annet rusmiddelavhengige.

Yoga for livet har gitt tidligere rusmiddelavhengige en grundig opplæring for å bli yogainstruktører. Målet er at de igjen skal undervise andre med rusproblematikk. Tanken er at deres brukererfaring vil være nyttig når de skal tilby yoga som behandlingsform innen rusfeltet.

Yogainstruktøren fra Yoga for livet har utviklet et yogaprogram spesielt tilpasset pasienter i en avrusningssituasjon. Han instruerer pasientene to ganger i uka med yoga i 75–90 minutter. Parallelt lærer

**Tabell 1.** Resultatene av spørreundersøkelsen

Spørsmål	Svar i prosenter		
	Ja	Usikker	Nei
Kjenner du deg roligere (indre ro) etter timen?	92	6	2
Opplever du å være mer fokusert etter timen?	70	24	6
Vil du bruke øvelsene senere hvis du føler deg anspent eller urolig?	82	17	1
Var øvelsene tilpasset deg?	84	12	4
Vil du prøve yoga flere ganger her ved Sau-B?	86	8	6
Vil du fortsette med yoga etter oppholdet ved Sau-B?	56	42	2

instruktøren opp fem ansatte ved Sau-B til å instruere i yogaøvelser. Målet er at de skal læres opp til å drive yogaundervisningen når prosjektet er avsluttet.

#### Tilrettelagt tilbud

Instruktøren har utviklet et yogatilbud som er tilrettelagt for målgruppen. Det er bevisst valgt enkle øvelser som er tilpasset pasientenes fysiske forutsetninger. I tillegg har instruktøren utviklet flere varianter av samme øvelse, slik at de kan tilpasses individuelt.

I timene vektlegges det å gi mange positive bekrefninger, for å fremme en mestringsfølelse hos dem som har lite erfaring med å lykkes med medikamentfrie strategier. Pasientenes tilbakemeldinger har blitt brukt til å justere øvelsene etter deres ønsker og behov.

Puste- og avslapningsøvelser har en sentral plass i yogaprogrammet. Hensikten er at pasientene skal bli mer avslappet både fysisk og mentalt.

I utviklingen av programmet er det valgt øvelser som reduserer muskelspenninger. Mange av pasientene har store spenninger forårsaket av angst og stress. De har også blitt opplært til å bli mer bevisst kroppens signaler på stress og teknikker for å redusere stress.

#### Evaluering av prosjektet

Yogainstruktøren fra Yoga for livet har ført loggbok med egne observasjoner og tilbakemeldinger fra pasientene under timene. Pasientene har fått målt blodtrykk og puls etter hver yogatime. I slutten av hver time har de også blitt bedt om å evaluere yogatilbudet muntlig og ved å besvare et spørreskjema.

Spørreundersøkelsen er gjennomført i perioden 15.08.2017–01.03.2018, og det er kommet inn 110 svar. Se tabell 1.

Svarene på spørreundersøkelsen viser at hele 92 prosent av pasientene opplever at de føler en større indre ro etter yogatimene.

Yogainstruktøren fra Yoga for livet sier at han også kan observere at pasientene blir mer rolige i løpet av timene. Pasientenes muntlige tilbakemeldinger etter timene underbygger at de opplever en større fysisk og psykisk ro.

Følgende er sitater fra pasientene:

- Man blir helt salig.
- Jeg har aldri kjent en sånn ro.
- Jeg føler meg så avslappet i fjeset.
- Smerten i ryggen slapp – helt utrolig!

**«Fysisk aktivitet i abstinensfasen bidrar til å redusere angst, bedre søvn og redusere subjektive abstinenssymptomer.»**

– Det føles som å røyke ei bønne [«bønne» er slang for hasj].

Pasientenes blodtrykk og puls har blitt målt før og etter hver yogatime. Blodtrykket har vært så å si uendret. Pulsen har i gjennomsnitt gått ned fra 85 til 77.

Selve pulsfallet er forholdsvis lite. Det interessante er at selve pulsmålingen har hatt en pedagogisk verdi. Ved å måle pulsen før og etter timen har pasientene selv sett at pulsen har falt i løpet av yogatimen og blitt motivert av dette.

#### Ønsker å fortsette

En av hovedmålsettingene er å motivere pasientene til å fortsette med yoga etter oppholdet ved Sau-B. Over halvparten av pasientene ønsket å fortsette med yoga etter oppholdet, mens 42 prosent av dem var usikre.

En pasient ble for eksempel kjørt av moren sin til en yogatime i regi av Yoga for livet direkte etter oppholdet ved Sau-B. Hele 82 prosent av pasientene ønsker dessuten å benytte yogaøvelsene når de føler seg urolige og anspente.

## «Pasientenes tilbakemeldinger har blitt brukt til å justere øvelsene etter deres ønsker og behov.»

Svarene tyder på at prosjektet har lyktes forholdsvis bra med å motivere pasientene til å fortsette med yoga. Det kan likevel være mange faktorer som påvirker om de faktisk fortsetter med yoga etter oppholdet ved Sau-B – for eksempel om det finnes et gratis yogatilbud der de bor.

#### Utfordringer i prosjektet

Den største begrensingen i prosjektet er at pasientene blir tilbudt bare noen få yogatimer. Dette skyldes at avrusningen varer i maksimalt to uker. Pasientenes helseplager gjør at mange heller ikke har kapasitet til å være med på alle yogatimene.

Effekten av yoga blir redusert med så få yogatimer. Derfor har det i hele prosjektperioden vært et sentralt mål å motivere pasientene til å fortsette med yoga utenom timene de får tilbud om ved Sau-B.

Lavt oppmøte til ikke-medikamentelle tilbud er et vanlig problem hos målgruppen. Den første tiden i prosjektet var det også lavt oppmøte i yogatimene. Derfor ble det satt inn en rekke tiltak for å styrke møtedeltakelsen.

Det ene tiltaket var å endre tidspunktet for yogatimene fra morgen til kveld. Symptomtrykket på depresjon er ofte størst om morgenen, og mange er trøtete. Videre ble yogatilbudet markedsført bedre.

Pasientene fikk tilsendt et informasjonsskriv om yogatilbudet før behandlingsstart. Pasientene som deltok i yogatimene, ble også bedt om å motivere sine medpasienter til å delta.

Prosjektgruppen har også fokusert på å motivere og informere de andre ansatte bedre om prosjektet, slik at de kunne reklamere for yogatilbudet og minne pasientene på yogatimene.

Etter å ha satt inn disse tiltakene kunne vi se at deltakerantallet i yogatimene økte.

#### Suksesskriterier

Ifølge Rogers (14) er det viktig at programmet man skal implementere, dekker et behov som finnes på praksisstedet. Yoga som behandlingsform skal, som tidligere nevnt, ha en dokumentert effekt for de helseplagene som mange av pasientene ved Sau-B sliter med.

Det er også større sannsynlighet for at man lykkes med å implementere programmer som er relativt enkle å bruke (14). Fordelen med yoga er at det er ulike vanskelighetsgrader på øvelsene. Ved Sau-B er det utviklet et yogaprogram med enkle øvelser.

Videre er det lettest å implementere programmer som får en lokal tilpasning basert på tilbakemeldinger fra brukerne av programmet (14). I yogaprojektet erfarte de at det var nyttig at pasientene evaluerte yogatimen i slutten av hver time. Det ble da mulig å tilpasse øvelsene etter pasientenes ønsker og behov.

Andre forhold som fremmer implementering, er at det er høyt samsvar mellom programmet og organisasjonens problemforståelse (15). Behandlingsfilosofien ved Sau-B stemmer godt overens med yogafilosofien. For eksempel vektlegger yogafilosofien det å øke selvbevisstheten ved å lytte til egne behov og grenser.

I yoga verdsettes på den andre siden utfordringer for å skape mestring og vekst (3). Å finne balansegangen mellom disse verdiene står også sentralt i behandlingen ved Sau-B.

En annen sentral faktor i implementeringsarbeid er solid ledelsesforankring (15). Både avdelingsjefen for Avdeling for rus og avhengighet og seksjonslederen for Sau-B har vist entusiasme for prosjektet.

#### Ildsjele

Det har krevd mye planlegging for å ta ansatte ut av driften for å gjennomføre yogaprojektet. Flere av de ansatte ved Sau-B som har blitt opplært i yoga, har vært villige til å ta imot yogaopplæring på fritiden sin. Slike ildsjeler har en viktig rolle for at man skal lykkes i implementeringsarbeid (15).

Fixen og medarbeidere (16) vektlegger dessuten betydningen av å ha en egnet implementeringsgruppe med kunnskap om selve intervensjonen og implementeringsarbeid.

Instruktøren fra Yoga for livet, prosjektlederen og en koordinator har her hatt denne rollen. Yogainstruktøren er utdannet i yoga og har lang praktisk erfaring med yoga. Hans kompetanse og inspirasjon har vært avgjørende.

Prosjektlederen og koordinatoren har også kunnskap og erfaring med yoga og stort engasjement for prosjektet. Koordinatoren har hatt tett kontakt med de ansatte om yogaprojektet. Prosjektlederen kjenner organisasjonen godt og har erfaring i ledelse av fagutviklingsprosjekter.

Det å ha en mannlig instruktør kan også ha en betydning for å bryte med stigmaet om yoga som en feminin aktivitet. Dette er spesielt viktig da over to tredeler av pasientgruppen er menn.

Sist, men ikke minst var det å få avgjørende å få 166 000 kroner i prosjektmidler for å finansiere prosjektet.

## Avslutning

Evalueringen og erfaringene fra prosjektet tyder på at yoga kan være et godt supplement til den tradisjonelle medikamentelle behandlingen i avrusning. Pasientene opplever at yoga skaper både en indre ro, økt fokus og en muskulær avspenning.

I avrusning får pasientene kun vært med på noen få yogatimer hver på grunn av kort liggetid og helseplager. Dersom man skal oppnå ønsket effekt med yogaen, bør man derfor tilrettelegge og motivere for at pasientene fortsetter med yoga etter avrusningsoppholdet. Evalueringen av dette prosjektet tyder på at de har lyktes med motivasjonsarbeidet.

Nasjonale føringer vektlegger at pasienter innen avrusning bør få tilbud om meningsfulle aktiviteter (4). Yoga kan være en slik aktivitet. Dessuten er det en lite ressurskrevende aktivitet som bare krever en instruktør og noen matter. Derfor er det en aktivitet som er lett å sette i gang.

I tillegg finnes det yogaøvelser med et stort spekter av vanskelighetsgrader. Dette gjør det mulig med stor grad av individuell tilpassning. Sist, men ikke minst er avrusningspasienter ofte i en dårlig fysisk og psykisk forfatning. Yoga i avrusning kan ivareta både kropp og sinn.

Til slutt vil jeg takke Helsedirektoratet, Helle

Bennetts Almennyttige Fond, Sparebankstiftelsen DNB og fondet Scheibler, som har gjort prosjektet økonomisk realiserbart. Jeg vil også få gi en stor takk til yogainstruktør Tommy Tangen fra Yoga for livet, som har vært helt avgjørende for prosjektet.

Sist, men ikke minst vil jeg få takke ansatte ved Sau-B, Yoga for livet og FoU-avdelingen, som har gitt nyttige innspill til artikkelen. ■

## Referanser

1. Helsedirektoratet. Rus- og psykiske lidelser. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse> (nedlastet 03.04.2018).
2. Sellmann D. The 10 most important things known about addiction. *Addiction*. 2010 januar;105(1):6–13.
3. Kronholm K, Avrusning, I, Lossius K, red. Håndbok i rusbehandling. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 169–93.
4. Helsedirektoratet. Avrusning fra rusmidler og vanedannende medikamenter. Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler [internett]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 13.05.2016; siteret 03.04.2018]. IS-nummer: 2211. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>
5. Sovik R, Bhavanani AB. History, philosophy and practice of yoga. I: Khalsa SBS, Cohen L, McCall T, Telles S, red. The principles and practice of yoga in health care. 1. utg. Edinburgh: Handspring Publishing; 2011. s. 17–30.
6. Thune M, Egeberg G. Yoga som terapi. 1. utg. Oslo: Spartacus forlag; 2016.
7. Pascoe MC, Bauer IE. A systematic review of randomised control trials on the effects of yoga on stress measures and mood. *J Psychiatric Res*. 2015 september;68:270–82.
8. Khalsa SBS, Cohen L, McCall T, Telles S, red. The principles and practice of yoga in health care. 1. utg. Edinburgh: Handspring Publishing; 2011. s. 5–13.
9. Balasubramaniam M, Telles S, Doraiswamy PM. Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Front Psychiatry*. 2012;3:117.
10. da Silva TL, Ravindran LN, Ravindran AV. Yoga in the treatment of mood and anxiety disorders: a review. *Asian J Psychiatr*. 2009 mars;2(1):6–16.
11. Khanna S, Greeson JM. A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies of addiction. *Complementary Ther Med*. 2013;21:244–52.
12. Folkehelseinstituttet. Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Rapport 2017: 453. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/pasopp-rus/453-nasjonale-resultater.pdf> (nedlastet 03.04.2018).
13. Martinsen EW. Kropp og sinn. Fysisk aktivitet, psykisk helse og kognitiv terapi. 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget; 2011. s. 120–5.
14. Rogers, EM. Diffusion of innovations. 5. utg. New York: Free Press; 2003.
15. Sørli MA, Ogdén R, Solholm R, Olseth AR. Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: en oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2010;47:315–21.
16. Fixsen DL, Naoom SF, Blasé KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Florida: USF; 2005. Tilgjengelig fra: <http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirmonograph.pdf> (nedlastet 03.04.2018).



Idas dagbok:

# Film i forebyggende helsearbeid



Filmen *Idas dagbok* gir et unikt innblikk i en verden av redsel og angst med risikoatferd og et ukontrollerbart følelseskaos, men også hverdagslige utfordringer og verdifulle øyeblikk preget av hverdagsseiere.

Foto Ida Storm / Indie Film

## FAKTA

Av Randi Olufsen Aasen, psykiatrisk sykepleier

Karianne Berge, linjeprodusent og lanseringsansvarlig

**E**t viktig tema i filmen er hvor lett det er å snakke om de gode følelsene, og hvor vanskelig det kan være å snakke om følelser som sorg, skam, skyldfølelse, sjalusi, engstelse, frykt og panikk. Dette mener vi gjør filmen ideell for bruk i forebyggende helsearbeid.

### Den kulturelle skolesekken

Det ble laget et prosjekt der Indie Film samarbeidet med Norsk Sykepleierforbunds faggrupper for helseøstre og sykepleiere innen psykisk helse og rus for å vise filmen i forebyggingsøyemed. Filmene ble presentert for elever og lærere på videregående skoler flere steder i landet høsten 2016 og våren 2017.

Faggruppene fra Norsk Sykepleierforbund skapte i samarbeid med filmselskapet en

## «Psykisk helse er fortsatt tabubelagt.»

ramme rundt filmvisningene. Det ble utarbeidet et veiledningshefte som følger med filmen, på grunnlag av temaer som kom frem i det nevnte samarbeidet.

I samarbeid med skolene og skolenes hjelpeapparat ble det tilrettelagt for et godt forarbeid og etter-

arbeid, og det ble tilbudt relevant informasjon om hvor man kan få hjelp i sitt eget lokalmiljø.

### Hvorfor se film for å lære om psykisk helse?

Psykisk helse er et tema som får stadig mer oppmerksomhet. Selv om vi oftere enn før hører personlige beretninger om det å ha psykiske helseutfordringer, eller om å ha en i familien som har det, er temaet fortsatt tabubelagt.

Psykisk helse oppfattes ofte som noe privat og personlig. Det kan derfor sies at det fortsatt er et langsiktig arbeid som gjenstår før psykisk smerte er sidestilt med fysisk smerte når det kommer til forståelse, språk, hjelpeapparat og aksept i samfunnet.

### Film som språk for følelser

Film kan være et viktig bidrag for å bygge et språk for følelsene, og en metode som kan senke terskelen for å sette ord på psykisk smerte og få hjelp, noe som er ansett som det aller viktigste for å få bukt med den økende problematikken.

Psykiater Finn Skårderud har lenge brukt film i sin terapi. Fordi filmen først og fremst representerer en populærkulturell og ikke en medisinsk diskurs, kan den bidra med berikende og supplerende perspektiver for helsepersonell. Han sier at i en kinosal eller foran en tv-skjerm er vi alle tilskuere, og nettopp på denne måten skapes både en nærhet og en distanse:





«Filmen stimulerer oss samtidig gjennom flere sanser, og kan gi oss en sterk opplevelse av realisme. Men samtidig skapes det distanse. Når vi ser film, er vi alle kikkere, og kikkings karakter er nettopp at vi ikke er i direkte kontakt ... Lerretet eller skjermen er ikke bare et sted for projeksjon, men også et sted for proteksjon. Det handler om å se, og å lære å tåle å se. For den unge selvskaderen kan det være av avgjørende betydning at han eller hun møter en person som tåler å møte slike fenomener», og som kan være en modell for nettopp å lære å regulere og tåle følelser (1).

### Film som undervisningsverktøy

Film brukes ofte som undervisningsverktøy, og film som medium gir mulighet til å fremheve langfilmen som en emosjonell historiefortelling, fremfor en pedagogisk fremstilling av fakta eller korte undervisningsfilmer. Filmterapi er også et etablert supplement til vanlig terapi, der man ser filmer og snakker om dem etterpå som en del av behandlingen.

Film gir ofte identifikasjon. Vi identifiserer oss med karakterene eller deler av karakterene, noe som øker vår empati og evne til å forstå og sette oss inn i andre menneskers situasjon.

Å se og snakke om film med andre etterpå har mange sosiale effekter og kan gi bedre samhold i en gruppe eller øke evnen til å dele og diskutere

erfaringer. Derfor tenkte vi at det å se *Idas dagbok* sammen med andre kunne gi både en individuell og en felles erfaring som det er mulig å snakke sammen om etterpå.

### Idas historie

Ida kjemper med et turbulent følelsesliv, som en følge av å ha utviklet diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Ida hadde uhåndterlige og skumle tanker og følelser. Hun skadet seg selv i flere år, stadig verre for å oppnå den effekten hun trengte.

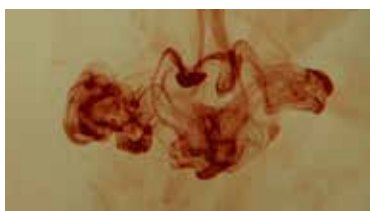
Selvskadingen var en overlevelsesstrategi, en måte å takle livet på. Den var ikke et forsøk på å ta livet sitt, eller få oppmerksomhet, men hun ble ofte misforstått av familie, venner og helsevesen. De forsto ikke hvordan eller hvorfor hun kunne gjøre seg selv så vondt og så stor skade, og de ble selv redde av det de så.

Selvskadingen hjalp Ida der og da med å «lette på trykket», men den gjorde alt verre kort tid etter. Hun skammet seg og angret. Den var også avhengighetskapende og ga henne et enda større problem å hankses med i tillegg til de vonde følelsene.

For Ida var det viktig å si at det for henne ikke var mulig å bare slutte å selvskade. Hun måtte finne en annen måte å håndtere de forferdelige følelsene og kaoset på. Hun måtte erstatte selvskadingen med strategier som ikke var destruktive, som ikke gjorde

**UTVIKLING:** I løpet av filmen blir Ida stadig flinkere til å sette ord på hvordan hun har det. Når hun etter hvert tør å anerkjenne og sette ord på de ulike følelsene hun har, si hei til dem, blir de ikke så skumle. Foto: Ida Storm / Indie Film





ting verre. Først da kunne hun begynne å jobbe med følelsene som var utgangspunktet for smerten.

#### Hvordan filmen ble til

I 2010 fikk Indie Film en minnepenn i posten med et lite brev fra Ida hvor det sto «Kanskje kan min historie hjelpe andre til å se at det er håp». Ida hadde da gjen- nom år hatt store psykiske belastninger og utfordringer.

---

**«Når vi ser film, er vi alle kikkere, og kikkings karakter er nettopp at vi ikke er i direkte kontakt.»** *Finn Skårderud*

---

Hun hadde et voldsomt kaos inni seg med mange vonde tanker og følelser, men hun skjønnte ikke hva det var eller hva det betydde, og klarte ikke si hva som var galt.

Da hun tok kontakt med filmselskapet, håpet hun at hennes historie kunne være til nytte for andre som har det vanskelig med angst, rus og selvska- ding, og at filmen kunne vise at det finnes hjelp, at det er håp om bedring.

Filmen følger Ida fra 2006 til 2014. I starten får vi se Ida slite med et intenst kaos som hun ikke vet hvordan hun skal takle. Etter hvert ser vi henne få hjelp og stadig bli bedre til å mestre de vonde følelsene sine.

#### Avhengig av selvska- dingen

Dette vonde kaoset som Ida ikke kunne forklare eller snakke om, vokste seg bare større, og Ida

mistet etter hvert kontrollen over det. Hun begynte å skade seg selv i et forsøk på å få utløp for de vonde følelsene. Ida tenkte selv at selvska- dingen var noe hun kunne ta kontroll over. Men selv om det hjalp der og da, så førte det med seg mye annet vondt. Familien ble veldig redd, lei seg og fortvilet.

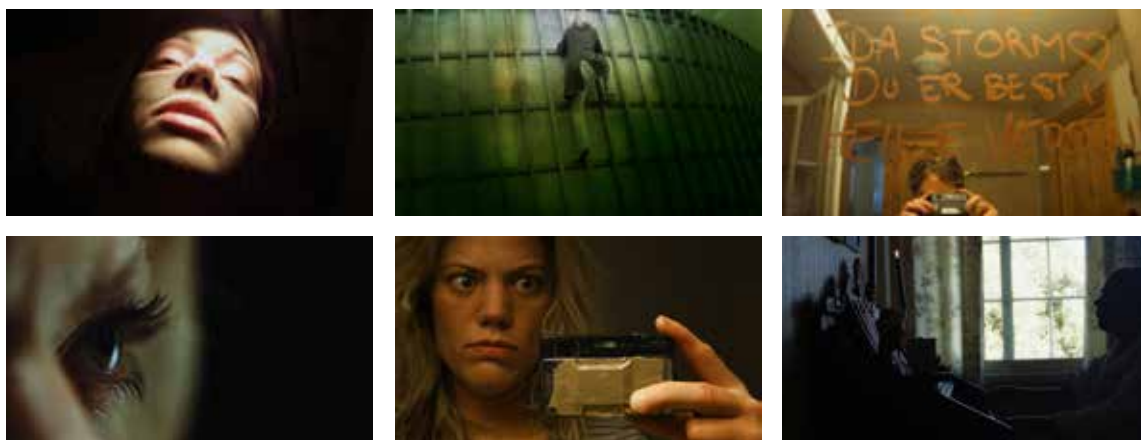
Ida ble møtt med fordommer på legevakta. Hun ble for eksempel nektet bedøvelse når hun skulle sy, og hun ble anklaget for å prøve å manipulere dem hun hadde rundt seg. De sa at man ikke måtte gi henne oppmerksomhet.

Hun skammet seg, hun skjulte arre- ne – og det ble bare verre og verre. En destruktiv ond sirkel med manglende kontroll over selvska- dingen. Hun ble avhengig av selvska- dingen, noe som eskalerte og overskygget det som egentlig var problemet, det som egentlig var vondt i magen.

#### Mestring, drømmer og lengsler

Et viktig tema i filmen er mestring, og hvor viktig mestring er for at man skal ha det bra. I starten av filmen opplever Ida lite mestring, og det er seg selv hun ikke får til. Hun får ikke orden på tankene og følelsene sine og takler disse bare dårligere og dårligere. Alt hun gjør, blir feil.

Etter hvert lærer Ida seg mestringsstrategier som styrker selvtilliten, og hun blir bedre på å mestre. Ikke bare lærer hun seg andre måter å mestre seg selv på, hun lærer også å være fornøyd med mest- ring på lavt nivå, og å rose seg selv for det hun får til.



### Hele spekteret av følelser

Filmen viser hvor mange følelser vi mennesker har, og hvor viktig det er å anerkjenne dem og å sette ord på dem. Det er lett å bare fokusere på og snakke om de gode følelsene våre. Men vi har et stort spekter av følelser: sorg, skam, skyldfølelse, sjalusi, engstelse, frykt, panikk osv., men det snakker vi ofte ikke om. Å ignorere disse følelsene og legge lokk på dem kan føre til at de vokser seg større og blir mer uhåndterlige.

Ida føler ofte skam når hun har skadet seg selv, og hun opplever det stigmatiserende. Det er skummelt å vise frem arrene. Hun er redd for at folk dømmer henne for det. Hennes psykiske helseproblemer blir så synlige og offentlige, når de samtidig er så private. Hun skammer seg for at hun påfører familien belastninger ved tilbakefall, hun er så redd for å skuffe dem. De tror jo hun er «frisk» fra selvskadning nå, og hun ønsker å skåne dem.

I løpet av filmen blir hun stadig flinkere til å sette ord på hvordan hun har det. Når hun etter hvert tør å anerkjenne og sette ord på de ulike følelsene hun har, si hei til dem, blir de ikke så skumle. Om det er en dagbok, et kamera, en venn, en mor, far, helsesøster eller fremmed på en hjelpetelefon, det er ikke så viktig, det viktige er å snakke. Dette budskapet mener vi er nødvendig å få frem for å kunne fremme god psykisk helse blant barn og unge.

### Oppsummering etter filmfremvisning

Elevene oppmuntres til dialog om det de har opp-

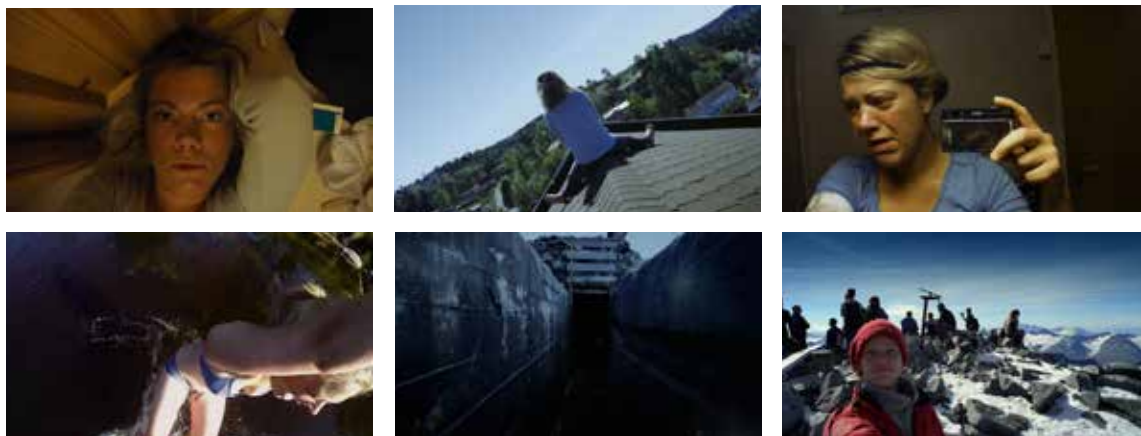
levd gjennom å se filmen. Det blir åpnet for at det ikke er noen spørsmål akkurat nå. Hvis det kommer spørsmål i etterkant, kan de snakke med helsesøster, lærere eller andre voksne. Vi viser frem informasjonsbrosjyren elevene skal ha fått i forkant. På baksiden er det informert om andre steder de kan ringe eller chatte om det skulle være noe de ønsker å snakke med noen om.

## «Selvskadningen var en overlevelsesstrategi, en måte å takle livet på.»

Etter alle visningene ble det sendt ut evalueringsskjema til elever, lærere og skolehelsetjenesten, der vi ønsket tilbakemeldinger på visningens nytteverdi og effekt på elevene. Til sammen 53 elever har svart, i tillegg til 12 lærere og 8 helsesøster. NSF SPoR og LaH NSF har gått gjennom disse tilbakemeldingene for å vurdere veien videre for prosjektet.

I tilbakemeldingene fra elevene oppgir et flertall at det var nyttig å se filmen og se hvordan noen mennesker har det. Flere elever nevnte at det var lærerikt og viktig å lære mer om psykisk helse. Flertallet mente også at det var fint å se filmen fordi man kjenner noen eller selv sliter med psykisk problemer, og at introduksjonen og praten etter stort sett var bra og lærerik.





Noen elever syntes det var irrelevant, forstår ikke hvorfor ikke Ida bare kan ta seg sammen, eller syntes filmen var rotete, kaotisk og kjedelig.

#### Gode tilbakemeldinger

Tilbakemeldingene fra nesten alle lærerne var at filmen var en veldig nyttig og god anledning til å snakke om psykisk helse, både for de elevene som gikk helse- og omsorgsfag, men også for de øvrige

kan være en metode for å skape økt kunnskap om psykisk sykdom og mental helse, og kan for mange ungdommer gi direkte eller indirekte forebyggende effekt. Å benytte film som et medium for læring har gitt positive tilbakemeldinger fra de berørte partene. Ungdomstiden er en sårbar tid for de fleste, og filmen gir en visuell opplevelse som kan bearbeides alene eller sammen med andre.

Møtet med videregående skole har gitt ulike erfaringer. Det har vært en utfordring at lærere/ledelse og elevgrupper har manglet motivasjon for å ta imot besøk. Det planlegges en videreutvikling av formidlings- og forebyggingsprosjektet inn mot sykepleierutdanningen på høyskolenivå. Studenter på en sykepleierutdanning er fortsatt unge mennesker i en sårbar fase, men de vil i større grad være motiverte, ikke bare personlig, men også yrkesrettet, for å delta i et slikt opplegg.

Filmen har vært benyttet ved Høgskolen i Innlandet i tre år i forbindelse med semesteret om psykisk helse som forberedelse til praksis eller rett etter praksis. Allerede melder de om interessante og nyttige erfaringer ved bruk av denne undervisningsmetoden. I tillegg vil det utformes og testes ut en lærerveiledning knyttet til filmen for bruk ved høyskolene. ■

## «Ida tenkte selv at selvskadingen var noe hun kunne ta kontroll over.»

elevene. Opplegget etterpå var ifølge lærerne godt og traff elevene, men vi fikk innspill om at vi burde legge til rette for flere tilbakemeldinger fra elevene.

Samtlige av helsesøstrene som svarte på evalueringsskjemaet, syntes det var veldig relevant og nyttig å vise filmen for ungdommene. De syntes det var en god fordypning etterpå, at det var gode formidlere, og at det var nyttig informasjon. Ingen rapporterte om økt trafikk etter filmvisningen.

#### Konklusjon

Filmen *Idas dagbok* gir et innblikk i flere elementer ved psykisk helse, og hvordan det å snakke om følelser hjelper Ida. Den viser også hvordan det kan oppleves som en belastning å oppsøke helsevesenet for å få medisinsk hjelp etter selvskading. Å vise filmen for ungdom i videregående skole

#### Referanse

1. Skårderud F. Smertens bilder – selvskading i film. Tidsskr Nor Legeforen. 2009;129:896–9. DOI: 10.4045/tidsskr.08.0463

# Er du på Instagram? Det er vi og!

Over 6.000 følger Sykepleien på Instagram. Her finner du bilder av og for sykepleiere. Følg oss du også!

Merk bilder fra din sykepleierhverdag med **#yrkesykepleier** så kommer ditt bilde kanskje i Sykepleien!



**Sykepleien**



# Personer med en schizofrenilidelse kan bli friske

Ved blant annet å engasjere seg i livet, og å ha samvær med og lære av andre i samme situasjon, kan personer med en schizofrenilidelse bli rehabilitert fra sykdommen.

## FAKTA

Av **Kirstin Askham**,  
psykiatrisk sykepleier,  
Seksjon for tidlig  
psykosebehandling, Oslo  
universitetssykehus

Artikkelen er først  
publisert på sykepleien.no  
DOI-NUMMER: 10.4220/  
Sykepleiens.2018.70624

**P**sykoselidelser, spesielt schizofreni, anses å være blant de mest alvorlige psykiske lidelsene. Ifølge Nytingnes (1) er forestillingen om schizofreni som en kronisk og nedbrytende sykdom fortsatt levende blant fagfolk og i befolkningen generelt. Dette kan skyldes at psykoser forbindes med utilregnelighet, og at psykiatrien i liten grad har undersøkt hvordan de personene det går bra med, forstår sine egne bedringsprosesser.

Schizofreni rammer om lag en prosent av den voksne befolkningen i Norge. De fleste, 75 prosent, er mellom 18 og 25 år når de blir syke. Tjuefem prosent har bare én sykdomsperiode, mens en tilsvarende andel, 25 prosent, har lidelsen hele livet. De resterende 50 prosent har et forløp mellom disse to ytterpunktene.

Forutsatt optimal behandling – i denne sammenhengen kunnskapsbasert familiararbeid, medikamenter, støttende psykoterapi og psykososiale tiltak – er det mulig å oppnå remisjon (bedring) i opptil 85 prosent av tilfellene innen et år (2).

Det er begrenset kunnskap om årsakene til schizofreni. Tidligere tvilling- og adopsjonsstudier har konkludert med at alvorlige psykiske lidelser har en høy grad av arvelighet, men det som arves, er en sårbarhet. Utløsende faktorer må til for at sykdommen skal inntreffe (3).

## Rehabilitering er mulig

Forskere og behandlere er blitt mer oppmerk-

somme på tid som en viktig faktor i bedringsprosessen. Varigheten av ubehandlet psykose (VUP), fra første tegn på psykose til adekvat behandling

**Sammendrag:** Tradisjonelt har det ikke vært vanlig å forvente at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skulle bli friske. Imidlertid har både erfaring og forskning vist at det er mulig å bli rehabilitert, få det bedre og bli frisk etter å ha fått en schizofrenilidelse.

## FAKTA

### Intrapersonlige og interpersonlige faktorer

Det intrapersonlige beskriver hvordan personen har det med seg selv, hva personen føler og tenker. Det handler om personens egen aktive innsats. Håp, ressurser, kunnskaper, erfaringer og egenkontroll er med på å gjøre det mulig å oppnå bedring og øke selvtiliten i mestring av hverdagen og livet (5).

Det interpersonlige beskriver hvordan personen mestrer samspill og sosial kompetanse i samvær med andre mennesker. Det handler om det mellommenneskelige samspillet. Andre mennesker og sosiale betingelser er viktige, selv om bedring først og fremst er personens egen prosess og arbeidsinnsats (5).



**MYTE:** Forestillingen om schizofreni som en kronisk og nedbrytende sykdom er fortsatt levende blant fagfolk og i befolkningen generelt. Men fortsatt optimal behandling er det mulig å oppnå remisjon i opptil 85 prosent av tilfellene innen et år. Illustrasjon: Mostphotos / Monica Hilsen

gis, er ofte mellom ett og to år. Forskning har vist at det er mulig å redusere varigheten av ubehandlet psykose til fire uker (4).

Tradisjonelt har det ikke vært vanlig å forvente at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skulle bli friske (5). Imidlertid har både erfaring og forskning vist at det er mulig å bli rehabilitert, få det bedre og bli frisk etter å ha fått en schizofrenilidelse. Internasjonalt kom «recovery» eller bedringsbegrepet innenfor psykiatrien frem på 1970-tallet og ble i økende grad brukt gjennom 1990-årene (6).

Fra forskerhold er det foreslått ulike definisjoner av bedringsbegrepet. Warner skiller mellom det å komme seg helt (*recover completely*) og det å komme seg sosialt (*regain good social functioning*) (7). Ved førstnevnte har personen ingen symptomer og et fungerende sosialt liv. Ved sistnevnte fungerer personen sosialt, men kan fortsatt ha symptomer som krever poliklinisk oppfølging.

Anthony (8) ser på bedring som en dyp og personlig unik endringsprosess som gjelder egne holdninger, verdier, følelser, mål og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, forhåpningsfullt og konstruktivt liv på, selv innenfor den

begrensede rammen sykdommen skaper. Bedring krever at man utvikler en ny mening med livet og nye livsmål, samtidig som man legger den mentale sykdommens katastrofale følger bak seg.

#### Hensikt med studien

Profesjonelle har i økende grad blitt opptatt av å spørre hva personer med psykiske lidelser selv mener er til hjelp og betydning i deres egen bedringsprosess.

---

**«Forutsatt optimal behandling er det mulig å oppnå remisjon i opptil 85 prosent av tilfellene innen et år.»**

---

I England ble det i 2009 utarbeidet et spørreskjema, The questionnaire about the process of recovery (QPR) (5). Spørreskjemaet ble utviklet i samarbeid med personer som hadde vært gjennom en eller flere psykoser. Spørreskjemaet har 22 utsagn, hvorav 17 er såkalte intrapersonlige og 5 såkalte interpersonlige (5).



Hensikten med denne studien var, ved bruk av en norsk oversettelse av QPR, å kartlegge faktorer knyttet til bedring hos personer med schizofreni-

diagnose utskrevet fra en psykiatrisk avdeling i perioden 1999–2009.

**Tabell 1.** Demografi og bakgrunnsdata (n = 63)

VARIABEL	VERDI
<b>Alder: gjennomsnitt (spredning)</b>	<b>34 (22–48) år</b>
	<b>N (%)</b>
<b>Kjønn</b>	
Menn	39 (62 %)
Kvinner	24 (38 %)
<b>Sivilstatus*</b>	
Gift/samboende	10 (16 %)
Skilt/separert	2 (3 %)
Enslig/ugift	50 (81 %)
<b>Bosituasjon</b>	
Bor sammen med noen	25 (40 %)
Bor alene	38 (60 %)
<b>Utdanning</b>	
Bare grunnskole	11 (18 %)
Til og med videregående skole	21 (33 %)
Høyskole/universitet	31 (49 %)
<b>Arbeidssituasjon</b>	
I arbeid	11 (17 %)
Arbeidsledig/sykemeldt	13 (21 %)
Trygdet	34 (54 %)
I arbeid og trygdet	5 (8 %)
<b>Tid siden utskrivning:**</b>	
Mindre enn 1 år	8 (13 %)
Minst 1 år	4 (7 %)
Minst 2 år	7 (12 %)
Minst 3 år	4 (7 %)
Mer enn 3 år	37 (61 %)

\* En respondent besvarte ikke spørsmålet

\*\* Tre respondenter besvarte ikke spørsmålet

### Metode

Data ble innhentet ved hjelp av QPR-skjemaet. Etter tillatelse fra forfatterne ble skjemaet oversatt til norsk etter anerkjente prosedyrer (9, 10).

Graderingen av de enkelte utsagnene ble gjort i en 5-punkts skala med svaralternativene 1 = sterkt uenig, 2 = uenig, 3 = verken enig eller uenig, 4 = enig og 5 = sterkt enig.

I tillegg til utsagnene i QPR besvarte respondentene fire spørsmål vedrørende disse utsagnene: «Var utsagnene lette eller vanskelige å forstå?», «Kjente du deg igjen i utsagnene?», «Var det noe du savnet å bli spurt om?» og «Var det lett eller vanskelig å gradere svarene?»

Respondentene besvarte også to spørsmål om metoden for datainnsamling: om de heller ville vært ringt til, eller om de ville foretrukket å bli intervjuet på et avtalt sted. De ble også spurt om det var noen spørsmål de savnet.

Pasientkarakteristika som alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, arbeidssituasjon, bosituasjon og tid siden utskrivning ble innhentet i det samme skjemaet.

Som et ledd i kvalitetssikringen av det oversatte spørreskjemaet ble det gjennomført en pilotstudie der fem polikliniske pasienter ved en psykiatrisk avdeling ble spurt om å lese og kommentere spørreskjemaet. Alle fem ga uttrykk for at de forsto formuleringene av og innholdet i utsagnene i skjemaet.

Kriteriene for å få tilsendt spørreskjemaet var at pasienten hadde vært innlagt ved en voksenpsykiatrisk avdeling i minimum seks måneder, at pasienten hadde fått diagnosen schizofreni, og at pasienten hadde blitt utskrevet i tidsrommet 1999–2009.

Det ble gjort en anonym spørreundersøkelse. Spørreskjemaet ble sendt i posten – en såkalt *postal survey* – til 274 tidlige pasienter. Tjue brev kom i retur merket ukjent adresse.

### Etikk og jus

Sammen med spørreskjemaet, som var uten gjenkjennbare personopplysninger, fikk deltakerne i studien tilsendt informasjon om bakgrunnen for undersøkelsen: hva den innebar, mulige fordeler og ulemper, at deltakelse i studien var frivillig, at



**Tabell 2.** Respondenter som anga å være enige i enkeltutsagn i QPR. Sammenheng med bedring (bedring/ikke-bedring).

Utsagn	Bedring	Ikke-bedring
	n (%)	n (%)
Nr. 1 Jeg har det bedre med meg selv.	44 (85 %)	4 (40 %)
Nr. 5 Jeg klarer å hevde meg selv.	38 (73 %)	1 (10 %)
Nr. 7 Mine erfaringer har forandret meg til det bedre.	41 (79 %)	4 (40 %)
Nr. 16 Det å møte mennesker som har hatt liknende erfaringer, får meg til å føle meg bedre.	25 (48 %)	9 (90 %)
Nr. 19 Jeg kan aktivt engasjere meg i livet.	33 (64 %)	3 (30 %)

besvarelsen var anonym, hva som ville skje med de innsamlede dataene, og at det var anledning til å få informasjon om utfallet av undersøkelsen.

Intern tillatelse for gjennomføring av studien ble innvilget fra vår avdeling og OUS sentralt.

#### Funn

Til sammen svarte 25 prosent av pasientene på spørreundersøkelsen, hvorav 62 prosent menn og 38 prosent kvinner. Førti prosent bodde sammen med noen. Til tross for at 49 prosent av respondentene hadde høyere utdanning (høyskole/universitet), var bare 17 prosent av disse i jobb. Femtifire prosent av respondentene var trygdet. Av disse oppga 8 prosent å være i arbeid samtidig som de mottok trygd (se tabell 1).

Åttifire prosent av respondentene anga at de var i bedring, mens 16 prosent anga ingen bedring.

#### Sammenheng mellom bedring og enkeltutsagn i QPR

Det var signifikant sammenheng mellom bedring og intrapersonlige variabler, mens sammenhengen mellom bedring og interpersonlige variabler ikke var signifikant.

Fem spørsmål i spørreskjemaet QPR skilte signifikant mellom gruppen som anga å være i bedring, og gruppen som ikke var i bedring, se tabell 2.

#### Sammenheng mellom bedring og pasientkarakteristika

Nittiseks prosent av dem som bodde sammen med noen, anga bedring, sammenliknet med 75 prosent av dem som bodde alene.

Nittitre prosent av dem med høy utdanning anga bedring, sammenliknet med 75 prosent av dem som hadde lavere utdanning.

Nittifire prosent av dem som var i arbeid, anga

«Å bli kvitt symptomene var ikke det viktigste, men å leve et meningsfylt liv.»

bedring, sammenliknet med 80 prosent av dem som ikke var i arbeid.

Nitti prosent av dem som var samboende, anga bedring, sammenliknet med 82 prosent i gruppen som var enslig.

#### Lav svarprosent

Svarprosenten var lav. Det kan skyldes at det for flertallet av respondentene var lenge siden utskrivning. En respondent sa eksplisitt at «det er sent å spørre».

Generelt har anonym besvarelse vist seg å gi lav svarprosent. Selv om forskere tenker at anonymitet vil være mer behagelig for respondentene, kan det også tenkes at de er mer komfortable med ikke å svare når de vet at det ikke vil bli oppdaget (11). Svarprosenten ved en «postal survey» har de senere årene vært fallende og mest vanlig er 30–40 prosent (12).

#### Bedring

Studien viste en signifikant sammenheng mellom intrapersonlig skår og skår på bedring. Den indre prosessen omhandler å akseptere sykdommen som



en del av en selv og få innsikt i sykdommen for å bli i stand til å gå videre i livet.

Respondentene fremhevet at deres bedring blant annet skyldtes at de klarte å hevde seg selv, og at de aktivt engasjerte seg i livet. Samvær med og å lære av andre mennesker i samme situasjon var også av betydning.

### Tidligere funn

Nyttingnes (1) refererer til Harding, som har oppsummert noen studier gjort etter andre verdenskrig. De viste at mellom en tredel og to tredeler av dem som på et tidspunkt har diagnosen schizofreni, blir helt eller delvis bra.

Verdens helseorganisasjon (WHO) gjorde i 1979 en internasjonal oppfølgingsstudie av personer med schizofrenidiagnose (13). Studien viste overraskende at sannsynligheten for bedring var betydelig høyere i u-land enn i i-land, henholdsvis 59 prosent og 39 prosent.

Man antok at dette for det første kunne skyldes at de sykeste i u-landene ikke kom i kontakt med behandlingsapparatet og dermed ikke inngikk i oppfølgingsstudien. Dernest at deltakerne i studien levde i storfamilier hvor de ble tatt vare på av flere familiemedlemmer, og endelig at det var mulig for dem å få arbeid ettersom arbeidsmarkedet ikke var så strengt regulert som i i-land (13).

Petter Nilsen beskriver i boken *Utenpå meg selv* (14) hvordan det fra et pasientperspektiv er å finne veien tilbake til et normalt liv. Sykdommen gjør at en må ta ekstra hensyn til seg selv, samtidig som tilbakeveien til samfunnet må skje gradvis. Det er viktig å forsøke å være positiv,

sosiale fungering som er viktige for å oppnå god livskvalitet (16).

Albert og medarbeidere (17) fant at et stabilt sosialt liv med normal sosial fungering kan forutsi godt utfall av sykdommen. Til tross for et eventuelt tilbakefall kan arbeid og et ganske stabilt liv opprettholdes. Salzmann-Erikson (18) fant i en litteraturreview tre hovedtema tilknyttet bedringsprosessen: bedring som en indre prosess, bedring når personen fikk hjelp fra andre, og bedring ved deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter.

### Utdanning og arbeid

Halvparten (49 prosent) av respondentene hadde høyere utdanning. Av disse var bare 17 prosent i jobb. Helse- og sosialarbeidere har hatt en tendens til å fraråde pasienter å begynne i jobb. Arbeid er blitt sett på som en stressfaktor som kan medføre tilbakefall og sykdomsforverring.

Nyere forskning viser derimot at arbeid har en positiv effekt og gir struktur og mening i hverdagen. Det bidrar til å bedre selvbildet og forebygger isolasjon, kaos og depresjon (19).

Arbeid gir mulighet for aktiv deltakelse i samfunnet og økonomisk belønning, men også gevinst som sosial identitet og status og kontakt med andre mennesker. For personer med psykiske lidelser kan arbeid være en viktig faktor i bedringsprosessen (20).

### Spørreskjemaets egnethet

Flertallet (91,8 prosent) av respondentene i den norske studien syntes utsagnene var lette å forstå, 90,5 prosent anga at de kjente seg igjen i utsagnene, og 78,3 prosent syntes det var lett å gradere svarene. Imidlertid ønsket de å kunne forklare sin bedringsprosess bedre, altså hva som hadde hjulpet og ikke hjulpet i behandlingen.

Videre savnet de spørsmål om de hadde tatt utdanning etter utskrivningen, hvordan de fungerte i arbeidslivet, og hvor mye de orket å jobbe etter utskrivningen. En tredel hadde foretrukket å bli intervjuet per telefon eller på et avtalt møtested.

### Konklusjon

Studien viste høy grad av bedring hos flertallet av respondentene. Det var signifikant sammenheng mellom intrapersolige faktorer og bedring. Av stor betydning var aksept av den livssituasjonen

## «Det var signifikant sammenheng mellom intrapersonlige faktorer og bedring.»

aktiv, ha håp og bestemme seg for å gjøre noe med den situasjon en er i.

I Norge har Borg (15) forsket på bedringsprosesser blant personer med alvorlige psykiske lidelser. Å bli kvitt symptomene var ikke det viktigste, men å leve et meningsfylt liv. En annen studie viser at det ikke er alvorlighetsgraden av symptomene, men først og fremst personens egen mestring og

sykdommen hadde medført, samt å lære av egne og andres erfaringer og ved aktivt å engasjere seg i livet. Andre faktorer som hadde betydning for bedringsprosessen, var boforhold, høy utdanning og arbeid.

En fordel med utsendelse av spørreskjema er at man kan nå mange potensielle respondenter, og at det gis mulighet for absolutt anonymitet. Ulemper knyttet til metoden er at den ofte gir en lav svarprosent og dermed svekker muligheten til å generalisere funnene. I tillegg er det begrenset kontroll med hvordan spørsmålene oppfattes; de kan misforstås eller feiltolkes av respondentene (21).

En fremtidig kvalitativ studie i Norge vil kunne involvere flere pasienter. Spørreskjemaet kan tenkes anvendt som klinisk verktøy i kartlegging av problemområder og målsetting i forbindelse med psykisk sykdom ved behandlingsstart, midtveis og avslutningsvis.

Neil og medarbeidere anbefaler at QPR brukes i klinikken som et instrument til å hjelpe personer til å åpne seg, gi dem struktur og tilby et fokus for individuelle mål som det kan arbeides mot. I forskningsøyemed tenkes spørreskjemaet brukt til å utvide evidensgrunnlaget på området bedring etter psykose (5). ■

## Referanser

1. Nyttिंगnes O. Lær av de som blir friskest av psykose. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2009;46(5):450–51.
2. Johannessen JO. Schizofreni – omfang og betydning. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2002 august;122(20):2011–4.
3. Andreassen O. Fra dogmer til kunnskap. Dagbladet. 3. januar 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/fra-dogmer-til-kunnskap/66424238> (nedlastet 22.05.2018).
4. Johannessen JO. Gjennombrudd for raskere behandling av psykiske lidelser. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2012;(18):132.
5. Neil ST, Kilbride M, Pitt L, Nothard S, Welford M, Sellwood W, et al. The questionnaire about the process of recovery (QPR): a measurement tool developed in collaboration with users. *Psychosis*. 2009;1(2):145–55.
6. Epløv LF, Kistrup KR, Lajer IMK, Obel D, Poulsen HD, Svendsen AMB. Recovery og rehabilitering i psykiatrien. *Ugeskrift Læger*. 2005;167(11):1269–71.
7. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Cur Opin Psychiatry*. 2009;(4):374–80.
8. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11–23.
9. Beaton DB, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz FB. Guidelines for the process of cross-cultural adaption of self-report measures. *Spine*. 2000 desember;25(24):3186–91.
10. Streiner DL, Norman GR. Health measurements scales: a practical guide to their development and use. 2. utg. New York: Oxford Medical Publications; 1995.
11. Asch DA, Jedziewski KM, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(10):1129–36.
12. Johannessen A. Introduksjon til SPSS. Oslo: Abstrakt forlag; 2009.
13. Verdens helseorganisasjon. Schizofrenia – an international follow-up study. Chichester: John Wiley & Sons; 1979.
14. Nilsen P. Mitt liv med en psykisk lidelse. *Psykisk Helse og Rus*. 2013;24(2):24–30.
15. Borg M. Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2009;46(5):452–59.
16. Galuppi A, Turola MC, Nanni GM, Mazzoni P, Grassi L. Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning? *Int J Ment Health Syst*. 2010 desember;4:31.
17. Albert N, Bertelsen M, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Le Quack P, et al. Predictors of recovery from psychosis: analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophr Res*. 2011 februar;125(2–3):257–66.
18. Salzmann-Erikson M. An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities. *Ment Health Nurs*. 2013;34(3):185–91.
19. Bull H, Lystad JU. Betydning av arbeid for personer med schizofreni. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2011;48(8):733–38.
20. Stuart H. Mental illness and employment discrimination. *Cur Opin Psychiatry*. 2006;19(5):522–26.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. 8. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2008.





## Bli medlem i SPoR

SPoR, NSF's Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, er en av sykepleierforbundets faggrupper. Medlemmene er sykepleiere som arbeider i eller har interesse for psykisk helsearbeid og rus. Formålet er å utvikle og øke kompetansen innen vårt fag, slik at vi til enhver tid kan yte den sykepleiebefolkningen har behov for.

### Medlemsfordeler:

- Du får rabatt på konferanser og arrangementer i regi av SPoR.
- Du får mulighet til å søke om stipend til kurs og fagutvikling.

### Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider innen fagfeltet psykisk helse og rus, eller som er interessert i fagfeltet, og som er medlemmer av NSF.

Medlemskap koster kr. 450,- per år. (For studenter, uføretrygdede og pensjonister: kr. 225,- per år.)

Ønsker du å bli medlem av faggruppen, kan du sende en e-post til [ingun.haug@hnt.no](mailto:ingun.haug@hnt.no) eller registrere deg på NSF's hjemmeside: <https://www.nsf.no/faggrupper/psykisk-helse-og-rus>