

# God psykosebehandling er å involvere de pårørende

Familien er en verdifull ressurs i behandlingen av psykose og rus hos unge mennesker.

## **Marianne Myking**

Sykepleier

Avdeling for spesialisert psykosebehandling, Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus

## **Barbara Catharina Wendelbo**

Sykepleier

Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus

---

Psykose

Pårørende

Sykepleien 2022;110(90455):e-90455

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.90455

## **Hovedbudskap**

Denne fagartikkelen er basert på erfaringer med samarbeid med familiene til unge pasienter som innlegges til utredning og behandling av psykose og rus. I artikkelen ønsker vi å belyse hva familien har behov for, og hvordan vi kan støtte dem.

Barnet kommer til verden, sårbart og avhengig av familiens omsorg og kjærlighet. Hvert barn har sine unike forutsetninger og utvikler sin subjektivitet i relasjon og samspill med andre. I første omgang gjennom møtene, blickene, smilene, berøringene og erfaringene med sine foreldre. Senere gjennom utallige møter med andre betydningsfulle voksne.

## «De psykologiske forsvarsmekanismene bryter sammen.»

De fleste barn utvikler en trygghet på hvem de er og finner sin plass i verden (1). Mange foreldre erfarer at det er stort og grensesprengende å ta ansvar for et lite og sårbart menneske. Ungdomsårene er spesielt krevende, og de familiene vi møter, opplever at deres barn har utviklet psykose.

Når mennesker rammes av psykose, viskes grensene mellom oss selv og omverden gradvis ut. De psykologiske forsvarsmekanismene som skal beskytte oss mot å bli overveldet, bryter sammen, og vi opplever oss selv og verden som uvirkelig, rar og skremmende.

Det som en gang var et tillitsfullt og kjærlig barn, blir gradvis taus, innesluttet og tilbaketrukket. Livet stopper opp, og familien må forholde seg til at den unge gradvis mister taket på virkeligheten (2).

### **Familien opplever ofte en dobbel sorg**

I vår avdeling kan de pårørende være foreldre, søsken og kjærester. De har erfart at deres familiemedlem er forvirret, ofte ikke ønsker kontakt med dem, ruser seg, oppfører seg annerledes og har skremmende og uvirkelige opplevelser. Dette påvirker familien, som opplever frustrasjon, bekymring, hjelpeløshet, søvnløshet, skyld og skam.

Familien opplever ofte en dobbel sorg. De ser at familiemedlemmet mister muligheter og lider sammen med dem, samtidig som de har sin egen sorg over endringene som psykosen fører til for den unge (3).

- En far sa: «Datteren min var så talentfull og selvstendig. Nå er det som om hun har mistet alt.»
- En mor sa: «Det gikk så fint med sønnen min. Han hadde så mange venner. Nå er han ikke seg selv lenger. Vi er så redde for å miste ham.»
- En bror sa: «Vi har alltid hatt et godt forhold. Nå vil han ikke snakke med oss lenger. Hva skal vi gjøre?»
- En kjæreste sa: «Hun ringer meg og snakker om ting jeg ikke forstår. Hva skal jeg si?»

**«Mange familier ønsker å hjelpe, men de vet ikke hvordan.»**

Foreldre og søsken til unge som i tillegg har hatt et rusmisbruk over mange år, kan formidle en utbrenthet i relasjonen til den unge. De har i en årrekke kjempet sammen med den unge for å komme ut av rusavhengigheten og ofte et belastende rusmiljø, men har måttet gi tapt.

Gjentatte tilbakefall har ført til en stor slitasje i relasjonen og brutt ned tillitsforholdet. Enkelte familier har i perioder måttet bryte kontakten fordi barnet deres har endret karakter i ruspåvirket tilstand og har vært alvorlig truende overfor foreldrene. Sorgen hos familien er sterk, og de plages av dårlig samvittighet og skam fordi de ikke mestrer eller tåler sitt eget barn, sin egen søster eller bror (4).

Våre erfaringer er at god psykosebehandling er å involvere de pårørende. Det viser også tiår med forskning. Den unges evne til å komme seg gjennom psykosen styrkes, og familiens følelse av hjelpeløshet, skyld, sorg og skam reduseres (5).

Mange familier ønsker å hjelpe, men de vet ikke hvordan. Det er godt dokumentert at en kunnskapsbasert tilnærming til familiene bedrer den unges sosiale funksjon, reduserer antall sykehusinnleggelseser, og at etterlevelsen av anbefalt behandling øker (6).

## **I familienes fortellinger ligger verdifull informasjon**

Disse faktorene danner bakteppet for måten vi som helsepersonell møter de pårørende på. Vi ønsker å signalisere at familien er en viktig samarbeidspartner. Det gjør vi gjennom å vise at de er velkomne, og at de er ønsket. Vi legger til rette for gode og trygge rammer når familien kommer på besøk, og vi har ofte en samtale med familien både før og etter besøket.

Enkelte ganger er vi til stede under besøket eller er tilgjengelige på andre måter. Ofte er vi budbringere mellom den unge og familien eller mellom familien og andre yrkesgrupper. Når familien ønsker samtale med lege, psykolog eller annet helsepersonell, legger vi til rette for nødvendige samtaler.

Vi prøver å møte familiene der de er. Våre erfaringer viser at det å bli lyttet til og forstått er et viktig fundament for videre samarbeid. Familien trenger tid til å fortelle hvordan det er å være mor, far, søster, bror eller kjæreste.

I familiens fortellinger ligger også verdifull informasjon om hvordan psykosen og rusproblemene har utviklet seg, hvilke faktorer som kan ha vært utløsende, og hvilke ressurser og muligheter som finnes.

Mange familier trenger støtte til å holde ut det vanskelige. De trenger anerkjennelse for at de engasjerer seg, og de trenger forståelse for at å leve nær et familiemedlem som utvikler psykose og rusproblemer, innebærer vedvarende og sterke relasjonelle utfordringer.

## «I verste fall blir familier sett på som årsaken til pasientens tilstand.»

William John Thomas Mitchell

Den amerikanske kunsthistorikeren William John Thomas Mitchell har skrevet sterke og innsiktsfulle memoarer om sin sønn Gabriel Mitchell og hans utvikling av schizofreni som tidlig voksen. Mitchell beskriver hvordan pårørende ofte blir tilsidesatt i behandlingsapparatet og i verste fall må leve med en opplevelse av skyld:

«Hva med kjernefamiliens lille verden? Omsorgspersoners rolle når vi snakker om psykiske lidelser, blir generelt neglisjert til fordel for oppmerksomhet rundt den som lider [...] I verste fall blir familier sett på som årsaken til pasientens tilstand; i beste fall som håpløst inkompetente – etter å ha gitt fra seg ansvaret for pasienten og overlatt dem til institusjoner og fagpersoner» (7).

Noen ganger ønsker ikke den unge å snakke med eller ha besøk av familien sin. Den unge ønsker heller ikke at vi skal formidle opplysninger eller informasjon om deres helsetilstand. Våre erfaringer er at det å bli avvist av sønnen, datteren, broren eller søsteren oppleves som svært smertefullt.

I slike situasjoner prøver vi å trå varsomt: på den ene siden respektere og balansere den unges ønske, på den andre siden vise forståelse og gi støtte til familien. Ofte kan den unge godta at vi forteller familien at den unge blir godt ivaretatt, samtidig som vi støtter familien til å holde ut og vente til den unge er klar for kontakt.

## Støtte fra familien forebygger tilbakefall

De unge som er innlagt i vår avdeling, er rammet av ulike psykosestilstander med ulikt forløp. Noen har akutte og forbigående psykoser. Andre har mer langvarige tilstander som innebærer hyppige sykehusinnleggelses. Når den unge er innlagt, kan familien puste litt ut. I denne fasen får de støtte til å ivareta egen helse og til å sette grenser for seg selv og samle krefter.

Vi tilrettelegger for regelmessige møter med familien, der vi signaliserer at familiens rolle er betydningsfull. I møtene utveksler vi erfaringer og kunnskap og støtter familiens engasjement. Vi anerkjenner de vanskelige følelsene og prøver å forstå disse.

De fleste pårørende har behov for kunnskap om psykose. Mange har erfart at barnet deres er blitt engstelig, deprimert, irritabel, trukket seg tilbake, har problemer med å sove og har uforståelige opplevelser. Vi bruker god tid på å informere om psykose, hvordan det kan arte seg og hva som kan tenkes å ha vært utløsende faktorer.

Mange foreldre synes det er lindrende å høre at barnet deres blir sett og forstått. Vi legger derfor stor vekt på å formidle hvordan vi møter og ivaretar akkurat deres datter eller sønn.

## **«Vi bruker mye tid på å oppmuntre familien til å holde ut.»**

Et viktig tema i samtalene er begrepet stress og sårbarhet. Unge som rammes av psykose og rus, er særlig utsatt for stress (8). Vi underviser og samtaler om betydningen av konfliktdependende kommunikasjon og hva som kan tenkes å være positive måter å være sammen på.

Familien får kunnskap om hvordan de kan tilpasse kravene til den unge, slik at hjemmemiljøet i størst mulig grad er preget av forståelse, toleranse og rimelige forventninger. I fellesskap prøver vi å finne ut hvordan familien kan støtte den unge til å ha gode rammer og rutiner i hverdagen, til å unngå rusinntak og finne en passe balanse mellom søvn, positive aktiviteter og avkopling.

Vi bruker mye tid på å oppmuntre familien til å holde ut, bruke tid, være tålmodig og ikke miste motet. Familien støttes i å leve et så vanlig liv som mulig og samle krefter og overskudd. Vi prøver å være ærlige på at også helsepersonell blir påvirket av og kan kjenne at det er vanskelig å forstå og håndtere følelser og forestillinger som kan oppleves i psykose (9).

## **Pårørende involveres ofte i en tiltaksplan**

Mange av de pårørende vi møter, er bekymret for tilbakefall og nye innleggelseser. I mange tilfeller aksepterer den unge at mor, far eller kjæresten involveres i å utarbeide en tiltaksplan. Tiltaksplanen har som mål å forebygge tilbakefall.

Planen beskriver tegn og atferd som kan tyde på forverring av den unges plager, og den inneholder eksempler på hvilke tiltak som kan iverksettes, og hvem som kan kontaktes.

Våre erfaringer er at mange unge har tillit til sine nærmeste og fører opp navnene og telefonnumrene til familien. Familien blir derfor konkrete og viktige støttespillere for de unge. I fellesskap kan de vurdere tiltak og kontakt med hjelpeapparatet.

For de unge som har rusproblematikk i tillegg, inneholder tiltaksplanen noen påminnelser om hvorfor de ønsker å være rusfri. Likedan hva som kan hjelpe dem hvis de har et sug etter rus og begynner å kjenne på tilbakefall.

## **«Vi signaliserer til familien at vi ser og engasjerer oss i barnet deres.»**

I slike tilfeller fører enkelte av de unge opp i planen at det å være sammen med sine nærmeste, gjerne sine yngre søsken, kan være en støtte for dem. Det samme gjelder fysisk aktivitet. Tiltaksplanen for denne gruppen inneholder også hva de unge opplever som «triggere» når det gjelder rus, og hvordan de kan mestre eller forholde seg til disse triggerne.

Familien er en verdifull ressurs, og vi ønsker å være vårt ansvar bevisst som bindeledd mellom de unge og familiene deres. Å forvalte den tilliten og det ansvaret vi er blitt gitt, på en klok og balansert måte, ser vi på som en av våre viktigste oppgaver.

Tid, tålmodighet og kunnskap om psykose er bærebjelker i tilhelingsprosessen, og vi signaliserer til familien at vi ser og engasjerer oss i barnet deres. Vi støtter verdifulle ressurser og muligheter den unge og familien har.

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*

## **Referanser**

1. Møller P. Schizofreni – en forstyrrelse av selvet. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet. Oslo: Universitetsforlaget; 2019.
2. Thorsen GRB, Johannessen JO. Schizofreni. 8. utg. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning; 2013.
3. Opjordsmoen S, Vaglum P, Thorsen GRB. Oss imellom: om relasjonens betydning for mental helse. Stavanger: Hertervig akademisk; 2006.
4. Almås M. Pårørende til en rusavhengig – når omsorg løper løpsk! Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA); 29.03.2017 [oppdatert 05.11.2018; hentet 15.09.2022]. Tilgjengelig fra: <https://napha.no/content/21410/parorende-til-en-rusavhengig---nar-omsorg-loper-lopsk>

5. Juul B. De pårørende er behandlingen som virker, men ikke brukes på folk med alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Forskning.no; 31.10.2020. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/helsetjenester-partner-psykiske-lidelser/de-parorende-er-behandlingen-som-virker-men-ikke-brukes-pa-folk-med-alvorlige-psykiske-lidelser/1750281> (nedlastet 08.09.2022.)
6. Helsedirektoratet. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2013.
7. Mitchell, WJT. Mental traveler: a father, a son, and a journey through schizophrenia. Chicago: The University of Chicago Press; 2020.
8. Terjesen AG. Den glemte omsorg. Psykisk helse og rus. 2015;26(2):17. Tilgjengelig fra: [https://sykepleien.no/sites/default/files/psykiskhelse\\_rus\\_0215.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/psykiskhelse_rus_0215.pdf) (nedlastet 10.09.22.)
9. Belin S. Galskabens makt. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.

#### FAGUTVIKLING

# Sykepleierutdanningene er urovekkende ulike innen psykisk helse og rus

NSF har gjort en uformell kartlegging av fagområdet psykisk helse og rus i utdanningene. De fant variasjoner som gir grunn til bekymring for pasientsikkerheten i tjenestene.

Sykepleierutdanning

Mastergradsutdanning

Kvalitet

Det har siden høsten 2017 pågått et stort utviklingsarbeid for å utvikle nasjonale retningslinjer for utdanningene innen helse- og sosialfag (RETHOS 1,2 og 3).

RETHOS 1 omfatter de åtte helse- og sosialfagutdanningene som hadde rammeplan, deriblant bachelorutdanningen i sykepleie. RETHOS 2 omfatter de øvrige helse- og sosialfaglige utdanningene som ikke hadde rammeplan, og RETHOS 3 omhandler videreutdanninger og mastergradsutdanninger.

RETHOS-prosjektet har etter oppdrag fra Kunnskapsdepartementet utarbeidet forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid for sykepleiere (RETHOS 3). Dette forslaget har vært ute til høring, og programgruppen arbeider nå med tilbakemeldingene.

Et av formålene med forskriften er å sikre at kandidater med samme utdanning får en felles sluttkompetanse, uavhengig av hvilken utdanningsinstitusjon de er utdannet ved.

## **«Det er rom for individuelle variasjoner i utdanningsinstitusjonene.»**

Forskriften slik den nå foreligger, gir de ulike utdanningsinstitusjonene føringer for innholdet, men ikke omfanget av de ulike emnene eller vurderingsformer. Det er dermed rom for individuelle variasjoner i utdanningsinstitusjonene, for eksempel om hvordan praksisutdanningen kan organiseres.

Forslaget til forskrift for nasjonale retningslinjer for sykepleiere med mål om felles sluttkompetanse bidro til vår nysgjerrighet om å se nærmere på innholdet i emnet psykisk helse- og rusutfordringer i bachelorutdanningene i sykepleie.

Vi ønsket å få et bilde av i hvilken grad studenter i den fremtidige masterutdanningen vil ha en felles grunnkompetanse å bygge videre på ved studiestarten.

## **Retningslinjen erstatter de gamle rammeplanene**

Bakgrunnen for RETHOS var at tjenestene erfarte at de nyutdannede kandidatene ikke imøtekom krav til tjenestenes forventninger og kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene.

Det var også store variasjoner i utdanningene, noe som kunne ha betydning for kvaliteten og pasientsikkerheten. Programgruppene som har utarbeidet retningslinjene, har bestått av representanter fra utdanningene, relevante helse- og velferdstjenester og studentene.



Retningslinjene erstatter de gamle rammeplanene og er en del av det nye styringssystemet, som har som mål at utdanningene er fremtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov.

Programgruppen for bachelorutdanningen i sykepleie unngikk bevisst å trekke inn bestemte diagnosegrupper i sitt forslag til nasjonale retningslinjer.

De ønsket likevel å sikre kompetanse og kvalitet innen fagområder og grupper av pasienter og brukere som man ser vil ha økt behov for helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Derfor er det kun psykisk helse, rus og avhengighet samt barn og eldres særegne behov som eksplisitt er beskrevet i retningslinjene.

Det nye styringssystemet skal verken beskrive undervisningsformer, læringsaktiviteter, omfang av kompetanseområder og -emner i de lokale programplanene, vurderingsformer eller pensum. Likevel skal styringssystemet sikre kandidatene en felles sluttkompetanse uavhengig av utdanningssted. Her kan det oppstå utfordringer som vi ønsket å kartlegge nærmere.

## **Hva gjorde vi i kartleggingen?**

Innledningsvis oppsøkte vi de ulike utdanningsinstitusjonenes hjemmesider for å få en oversikt over organiseringen av og innholdet i emnet psykisk helse- og rusutfordringer i bachelorutdanningen i sykepleie.

## **«Vi laget et enkelt spørreskjema for å få innsikt i de ulike emneplanene innen psykisk helse- og rusutfordringer.»**

Det ble umiddelbart klart at beskrivelsene varierte i så stor grad at det var vanskelig å få et bilde av emnets plass i utdanningene. Vi laget derfor et enkelt spørreskjema for å få innsikt i de ulike emneplanene innen psykisk helse- og rusutfordringer. Spørreskjemaet sendte vi ut i april 2021.

Vi ba om informasjon om hvilke semestre emnet var satt opp i, emnebeskrivelser og læringsutbytter, omfanget av pensum der brukerkompetanse ble spesifikt etterspurt, læringsaktiviteter, omfang og arenaer for praksisstudier og foreleseres og veilederes kvalifikasjoner.

## **Hva svarte utdanningsinstitusjonene?**

Vi fikk tilbakemelding fra alle 13 utdanningsinstitusjonene. Tilbakemeldingene var svært varierte – fra korte svar på hvert spørsmål til en kopi av emnebeskrivelsene som gikk over flere sider. De var dermed lite sammenliknbare.

Antallet studiepoeng varierte fra 5 til 30, men emnene var ulikt bygd opp – fra å være et selvstendig emne til at psykisk helse- og rusutfordringer inngikk i bredere emner.

Omfanget av pensum varierte fra 235 til 1000 sider og inkluderte alt fra lærebøker i psykiatri, rus og sykepleie til lover og forskrifter, nettsteder, videoer etc. Vurdering av sluttkompetansen varierte også fra summative til formative vurderinger.

Det var store variasjoner i svarene om brukerkompetanse. Det gjaldt både pensum og i hvilken grad utdanningsinstitusjonene benyttet forelesere med erfaringskompetanse. Svarene her varierte fra i stor grad til i liten grad.

Kompetansen til veiledere i praksis viste seg også å variere. Noen læresteder var klare på at det kun var sykepleiere, som regel spesialsykepleiere eller sykepleiere med master/ph.d., som var praksisveiledere. Andre oppga andre yrkesgrupper som vernepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer og psykologer.

## **Hva forteller resultatene oss?**

Resultatene av kartleggingen indikerer at det er store forskjeller i emnet psykisk helse- og rusutfordringer mellom bachelorutdanningene i sykepleie. Det kan medføre at studentene har svært ulik sluttkompetanse når de avslutter sin bachelorutdanning. Variasjonene i omfang og innhold kan få følger for kandidatens ansvars- og funksjonsområder i tjenestene.

En tidligere rapport i regi av Norsk Sykepleierforbund (1) avdekket de samme mønstrene når det gjaldt bachelorutdanningene i sykepleie som helhet. Videre konkluderte den med at forskjellene i læringsutbyttebeskrivelser og ulik praksis «neppe vil gi felles sluttkompetanse».

## **«Variasjonene i omfang og innhold kan få følger for kandidatens ansvars- og funksjonsområder i tjenestene.»**

Norske myndigheter gir klare føringer om kunnskapsbaserte tjenester, noe som kommer til uttrykk i lovteksten (2), nasjonale veiledere (3) og forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (4).

Å arbeide kunnskapsbasert innebærer å bruke både forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap der de ulike kunnskapsformene skal anerkjennes som likeverdige. Videre slås det fast at sentrale perspektiver som empowerment og recovery bør prege tjenesteytingen (3).

Den psykiske helsetjenesten i Norge, særlig spesialisthelsetjenesten, synes imidlertid fortsatt å være preget av at brukernes erfaringskunnskap i liten grad blir etterspurt og anerkjent.

Selv om brukerkunnskap og brukervedvirkning har fått større plass i psykisk helsetjeneste de siste tiårene, erfarer vi stadig det biomedisinske kunnskapsgrunnlagets dominerende posisjon i tjenestene (5). Følgelig blir det lite rom for recovery-orienterte praksiser og opplevd recovery-støtte hos brukerne.

## **Brukerkompetanse i utdanningene varierte**

Funnene i vår kartlegging viser at brukerkompetanse hadde en svært varierende plass i utdanningene. Det kan være utfordrende, da sykepleierne har en sentral rolle i å gjennomføre og planlegge omsorg til mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer.

Behandlingsforskningen viser at relasjon er av stor betydning for brukernes opplevelse av god hjelp (6). Her har sykepleiere unike muligheter, da vi er til stede 24/7 i døgntilbudene og ellers i alle deler av tjenestetilbudene.

Tjenestenes – og følgelig sykepleiernes – faglige ideologi og syn på psykisk helse- og rusutfordringer vil imidlertid komme til uttrykk i møtene mellom brukeren og sykepleieren.

## **«Funnene i vår kartlegging viser at brukerkompetanse hadde en svært varierende plass i utdanningene.»**

Sykepleiere som på bakgrunn av sin grunnutdanning hovedsakelig bruker forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, og i liten grad brukes og pårørendes brukerkunnskap i sin sykepleieutøvelse, vil følgelig opptre i rollen som ekspert i møte med brukeren.

En slik holdning vil rette oppmerksomheten mot sykdomsorientering og følgelig i liten grad stimulere til empowerment og recovery, som ifølge myndighetene skal prege tjenesteutøvelsen (3, 7).

Tilbakemeldingene indikerer at nyutdannede sykepleiere både vil ha ulik sluttkompetanse og ulike holdninger i møter med mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer. Dette kan også få betydning for den nye masterutdanningen for sykepleiere.

## Det er behov for en bredere kartlegging

I utkastet til forskrift om nasjonale retningslinjer beskrives læringsutbyttene som at studentene skal tilegne seg «inngående» og «avansert» kunnskap.

Da kompetanseområder og læringsutbytter er svært omfattende, finner vi det betimelig å spørre om dagens forskrift om nasjonal retningslinje for bachelor i sykepleie i tilstrekkelig grad sikrer at masterstudentene har et felles utgangspunkt ved studiestart.

Flere av utdanningsinstitusjonene var ikke ferdig med revisjon som følge av forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (4). Svarene kunne muligens ha blitt annerledes dersom spørreskjemaet hadde blitt sendt ut senere på året.

Vi mener det vil være behov for en bredere kartlegging av organiseringen av og innholdet i emnet psykisk helse- og rusutfordringer i bachelorutdanningen i sykepleie.

## Referanser

1. Amundsen M, Sverdrup S, Rasmussen I. Lik sluttkompetanse – visjon eller virkelighet? Oslo: Vista Analyse; 2021. Rapport nr. 2021/02.
2. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven> (nedlastet 20.02.22).
3. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> (nedlastet 16.11.2021).
4. Forskrift 15. mars 2019 nr. 412 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412?q=forskrift%20om%20nasjonal%20retningslinje> (nedlastet 20.02.22)
5. Aarre TF. En mindre medisinsk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
6. Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. I: Norcross JC, Goldfried MR, red. Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic; 1992. s. 94–129.

## NYHETER

# Nå får sykepleierne egen master i rus- og psykisk helsearbeid

## FAGUTVIKLING

# Masterkompetanse for sykepleiere er viktig og nødvendig i psykisk helsearbeid

Gjennom masterutdanningen lærer sykepleiere å vurdere forskning og ny kunnskap. Det kan omsettes til konkret handling i det kliniske arbeidet sammen med brukerne.

Mastergradsutdanning

Sykepleierutdanning

Den franske filosofen og idehistorikeren Michel Foucault skriver i *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (1) at klinisk medisin helt frem til slutten av det 18. århundret relaterte seg mye mer til helse enn til normalitet.

Søkelyset var på hvilke kroppslige funksjoner pasienten mister til sykdom, som det er medisinfagets oppgave å gjenopprette. 1900-tallsmedisin la større vekt på normalitet, og kroppslige avvik ble evaluert opp mot en standard av hva som var normalt (1).

Medisinfaget startet ikke med en analyse av en ordinær funksjon for deretter å utforske hvor avviket lå, slik at kroppen kunne settes tilbake til en normal tilstand. Utøveren av medisin relaterte seg heller til kvaliteter knyttet til allmenn helse, smidighet og bevegelighet (1).

## **Ulike kunnskapssyn påvirker våre handlinger**

Hva er viktigst: å gjenopprette helsen eller å måle pasienten etter en standard for hva samfunnet anser som normalt? Spørsmålet er essensielt fordi det viser et skifte av kunnskapssyn og hvordan samfunnet ser på helse.

Spørsmålet viser til to ulike kunnskapssyn. Helse i nåtid preges av et sunnhetsideal som det er vanskelig å leve opp til. Det skal lite til for å avvike fra en «normal» standard. Ulike kunnskapssyn bestemmer våre handlinger som profesjonelle fagpersoner.

Epistemologi er den innsikten og de teoriene som styrer det kliniske blikket og avgjør hvordan vi tilnærmer oss pasienten, og hvilken behandling som anses som best mulig praksis.

## **Det er samspill mellom kropp, erfaring og mening**

Sykepleiere arbeider ut fra grunnleggende prinsipper som de tilegner seg i utdanningen. Observasjoner av huden, pusten, søvnen, kostholdet og balansen mellom aktivitet og hvile hos pasienten ligger i ryggmargen til sykepleiere.

Viktigheten av frisk luft, dagslys og kartlegging av motiverende faktorer som bidrar i personens egen bedringsprosess, står i fokus.

Som spesialsykepleier innen psykisk helse- og rusarbeid utvikles kompetansen knyttet til et helhetlig menneskesyn ytterligere med en utvidet forståelse for relasjonsarbeid og kommunikasjon mellom mennesker.

Et viktig bidrag fra denne utdanningen som jeg vil trekke frem, er kunnskapen om hvordan krenkelser i tidlig alder manifesterer seg som helseplager senere i livet, både somatiske og psykiske. Samspillet mellom kropp, erfaring og mening i tilværelsen er til sammen grunnleggende for at det enkelte individ oppnår god helse (2).

Kort sagt er det samspillet mellom kropp, erfaring og en opplevelse av mening i tilværelsen og livet som til sammen gir god helse for det enkelte mennesket. Et eksempel på at samfunnet i dag måler mennesker etter en standard av hva som er normalt, er pakkeforløpene i helsevesenet.

Hvert individ er unikt og har ulike behov også tidsmessig for hvor raskt tilheling skal skje. Disse individuelle behovene er sykepleieren i en særposisjon til å kartlegge på en systematisk måte.

## **Sykepleieren er nærmest brukeren**

Sykepleieren er den som er nærmest brukeren mesteparten av tiden. Det gjelder både i somatikken og i psykisk helsevern. Masterkompetanse hos sykepleiere er ikke bare relevant og anvendbart, men en fremtidig nødvendighet for å sikre høy kvalitet i helsetjenestene.

Kunnskap sprer seg og kommer kollegaer til gode. Diskusjoner i hverdagen er gode arenaer for å utveksle faglig kunnskap. Helhetlig sykepleie er, som Lill Sverresdatter Larsen poengterer, å se hele mennesket med både soma og psyke, kropp og sinn (3).

Jeg vil tilføye at sykepleieren også må se individet med både somatisk sykdom og psykiske plager i kombinasjon i et historisk og helhetlig samfunnsperspektiv. Derfor er det avgjørende for helsevesenet, i et helhetlig perspektiv av og med soma og psyke, at sykepleiere fullfører hele masterutdanningen.

## **«Masterarbeidet gjør sykepleieren i stand til å se sitt eget yrke med et utenfrablakk og bevisstgjøre seg selv.»**

Det siste selvstendige forskningsarbeidet i et masterforløp er den viktigste delen som setter en avgjørende brikke på plass. Masterarbeidet gjør sykepleieren i stand til å se sitt eget yrke med et utenforblikk og bevisstgjøre seg selv.

Sykepleieren vil kunne påvirke kollegaer på det aktuelle arbeidsstedet om hvor viktig det er å tenke kritisk om egen praksis. Arbeidsgivere må vise entusiasme over at sykepleiere bidrar til kunnskapsutvikling i sitt spesifikke arbeidsfelt, en kunnskap som selvfølgelig må lønnes deretter.

## **Brukernes erfaringer er viktig i behandling**

Riksrevisjonen (4) kritiserer psykisk helsevern for å øke og ta i bruk ny kunnskap i behandling i for liten grad. Kunnskapsbasert praksis inkluderer forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov.

Riksrevisjonen (4) understreker at brukernes kunnskap er en viktig del av behandlingen hos mennesker med psykiske lidelser. Brukerne og pårørendes erfaringer skal innhentes på flere nivåer, og denne kunnskapen skal komme til nytte.

Brukermedvirkning og pårørendeinvolvering fremheves i Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester i punkt 3.7 (4). Det demonstrerer at erfaringene til brukerne er viktige i behandlingen og må lyttes til i større grad enn hva som er tilfellet i dag.

Masterkompetanse hos sykepleiere kan brukes til ulike formål, og kompetansen er ikke fastlåst til en bestemt stilling høyere i et arbeidshierarki. Et like, om ikke mer, bruksvennlig område for masterkompetanse er der hvor behovet er størst: nærmest brukeren.

Derfor bør ledere imøtekomme og tilrettelegge for at flere sykepleiere kan fullføre en masterutdanning. Det er en utvikling som alle parter og aller mest brukeren vil tjene på i det lange løp. Søkelyset i sykepleie er å gjenopprette helse og gjøre individet i stand til å mestre sin egen hverdag på en subjektiv og tilfredsstillende måte.

Økt standardisering legger et press på den enkelte fagpersonen, og standardiserte verktøy må brukes med klokskap. En fullført masterutdanning setter sykepleieren i stand til å kritisk vurdere forskning og ny kunnskap, og det skjer i praksisnære omgivelser i det kliniske arbeidet sammen med brukeren.

## **Et masterprosjekt er en lang prosess**

Masterutdanningen fullfører videreutdanningen. Vitenskapsteori, etikk og metode er grunnlaget for selve masterprosjektet. Hva er sann kunnskap, og hvordan kan vi finne det?

De vitenskapelige premissene har ulike kunnskapssyn, og kjennskap til ulike syn gir tilgang til et blikk utenfra på ens egen praksis og yrkesrolle. Det er viktig. Selve gjennomføringen av masterprosjektet, et vitenskapelig arbeid, utføres med høy grad av selvstendighet i nært samarbeid med en kvalifisert veileder eller flere.

## **«Hva er sann kunnskap, og hvordan kan vi finne det?»**

Det er en lang prosess å fullføre et masterprosjekt. Det er kompetanse som bygges gradvis, og hele tiden ligger grunnleggende aspekter fra sykepleierutdanningen i grunn. For min del har denne prosessen tilført et utvidet syn på brukerne i daglig praksis.

Mitt prosjekt omhandler erfaringskompetanse i psykisk helsevern. Jeg har lært mye også om meg selv og fått muligheten til å se mitt eget yrke fra uventede vinkler og i lys av teori som var helt ny for meg i starten av prosjektet.



Det har ført til økt nysgjerrighet på mitt eget fagfelt, som er psykisk helsevern, og hvordan politikk, historie og samfunn former ikke bare praksis, men også menneskers holdninger og reaksjonsmønstre.

## **Masterkompetanse hos sykepleiere må verdsettes**

Den økende diagnostiseringen av menneskelig oppførsel tas opp av den danske psykologen Svend Brinkmann og medforfattere i boken *Det diagnostiserte livet: økende sykeliggjøring i samfunnet* (5). Den britiske sosiologen Nikolas Rose stiller spørsmålet om det faktisk er en moderne epidemi av psykiske lidelser i den vestlige verden (6).

Det er viktig med flere og ulike syn på egen praksis og å kunne sette disse synene inn i en overordnet sammenheng. Like viktig er det å møte motstridende syn på en konstruktiv måte.

Evnen til en kritisk vurdering av kunnskap er noe sykepleiere tilegner seg i det selvstendige masterprosjektet. Denne evnen er kjernen til kvalitet i det daglige kliniske arbeidet, både med kropp og sinn. Samfunnets syn på helse i nåtid aktualiserer Foucaults betraktninger.

Er det viktigst å gjenopprette helse eller å måle brukeren etter en standard av hva som er normalt? Spørsmålet illustrerer hvor viktig det er å være seg bevisst hvilket kunnskapssyn en som sykepleier arbeider etter. For det er alltid et kunnskapssyn bak metodene som anvendes i klinisk sykepleie.

Kunnskapssyn endrer seg, og i denne utviklingen er sykepleiere i en unik posisjon til å påvirke sin egen fagutvikling. Masterkompetanse hos sykepleiere må tilrettelegges og verdsettes som den viktige hverdagskompetansen den er i helsevesenet: Det handler om mennesker med både soma og psyke og at ytre samfunnsmessige faktorer er for viktig til å ignoreres i en faglig sammenheng.

Det handler om det kliniske blikket til sykepleieren og å sette helse i sammenheng med konkrete individer og hvordan helse kan gjenopprettes basert på nyutviklet kunnskap. Men mest av alt handler det om det enkelte individet og muligheten til å få være en aktiv borger i samfunnet gjennom å ha god helse.

## **Referanser**

1. Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Routledge Classics; 2003.
2. Kirkengen AL, Næss AB. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.

3. Larsen LS. Arbeider vi helhetlig for pasienter med psykiske lidelser? Sykepleien; 2021. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2021/06/arbeider-vi-helhetlig-pasienter-med-psykiske-lidelser> (nedlastet 23.09.2021).
4. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Oslo: Riksrevisjonen; 2021.
5. Brinkmann S, red. Det diagnostiserte livet: økende sykeliggjøring i samfunnet. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
6. Rose N. Our psychiatric future: the politics of mental health. 1. utg. Cambridge: Polity Press; 2019.

#### FAGUTVIKLING

# Ansatte i helsehus må ha kompetanse i psykisk helsearbeid

Det tverrfaglige prosjektet «Kropp og sjel» førte til at ansatte og studenter i helsehus ble tryggere i møte med pasienter med sammensatte helseutfordringer.

Psykisk lidelse

Tverrfaglighet

Praksisstudie

Prosjekt

Hensikten med «Kropp og sjel» var å bidra til et tverrfaglig kompetanseløft for studenter og ansatte knyttet til temaene samhandling, kommunikasjon og relasjoner i møte med pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer.

Målet var at kompetanseløftet skulle gi bedre helsetjenester for pasientene, bedre tverrfaglig samarbeid og et tryggere arbeidsmiljø for de ansatte. I tillegg var målet at prosjektet skulle bidra til etablering av nye praksisplasser innen psykisk helsearbeid og rus for bachelorstudenter i sykepleie.

Et uttalt helsepolitisk mål er at kvaliteten for sykepleierstudenter i praksis skal være høy, da 50 prosent av studiet er praksisstudier (1).

## **Flere hadde problemer med rus og psykisk helse**

Som en følge av samhandlingsreformen, som trådte kraft i 2012 (2), samlet Oslo kommune i 2015 korttidsavdelinger og rehabiliteringsavdelinger fra alle byens sykehjem i fire helsehus.

Hensikten med å etablere helsehusene var å samle fagkompetanse, redusere liggetid og tilrettelegge for at pasientene kunne reise hjem med videre oppfølging fra hjemmetjenesten, eller alternativt få oppfølging eller behandling på andre institusjoner.

Flere yngre pasienter ble innlagt med rehabiliteringsbehov og hadde samtidig aktive psykiske lidelser og rusproblemer. Det ga personalet mange nye utfordringer. Pasientene var i hovedsak eldre, men enkelte var fra 25 år og oppover.

## **Målgruppen skulle utvikle et bedre klinisk blikk**

Samhandlingsreformen (2) medførte at ansatte og studenter møtte større utfordringer med tanke på å ivareta pasienter med psykiske lidelser i tillegg til fysiske sykdommer og rehabiliteringsbehov.

Det medførte et behov for kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Hensikten var at målgruppen for prosjektet skulle få «psykisk helse-briller» på, samt å utvikle et bedre klinisk blikk for å se kropp og sjel i sammenheng.

## **«Et av tiltakene for å møte behovet for kompetanseheving var prosjektet ‘Kropp og sjel’.»**

Et av tiltakene for å møte behovet for kompetanseheving var «Kropp og sjel», et samarbeidsprosjekt mellom avdeling for kvalitet og utvikling i Sykehjemsetaten, Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (SFF/USHT Oslo) og ergoterapi-, sykepleie- og fysioterapiutdanningene ved Oslomet.

Prosjektet ble gjennomført fra 2015 til 2017 og ble støttet med samhandlingsmidler fra Høgskolen i Oslo og Akershus (nå: Oslomet).

## **Metode**

Vi arrangerte fokusgruppeintervju 1 før prosjektoppstarten, der vi intervjuet sju-åtte ansatte i helsehuset om deres egen opplevelse av kompetanse i klinisk psykisk helsearbeid.

I løpet av prosjektperioden arrangerte vi fire tverrfaglige fagseminarer, som var basert på læringsbehovene fra de ansatte fra fokusgruppeintervjuet. Foredragsholderne representerte ulike faggrupper og kom fra spesialisthelsetjenesten, Oslomet og kommunen.

Parallelt med fagseminarene gjennomførte vi tverrfaglige gruppeveiledninger med ansatte og studenter. I tillegg var det ordinær studentveiledning på Oslomet. Gruppeveilederne kom fra Oslo kommune ved SFF/USHT og fra Oslomets institutter for sykepleie, ergoterapi og fysioterapi.

Som et ledd i evalueringen av kompetansehevingsprosjektet gjennomførte vi fokusgruppeintervju 2 etter at prosjektet var avsluttet. Temaet var betydningen av aktivitetene i prosjektet for medarbeiderne.

## **Etikk**

I forbindelse med fokusgruppeintervjuene innhentet vi godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD nummer 48856).

Alle deltakerne i prosjektets fokusgruppeintervjuer fikk informasjon om at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg uten konsekvenser. De som valgte å delta, fylte ut informert skriftlig samtykke. Alle persondata fra prosjektet er anonymisert.

## **De ansatte hadde behov for mer kompetanse**

I fokusgruppeintervjuet innledningsvis i prosjektperioden kartla vi de ansattes behov for kompetanseheving. Her kom det frem at de hadde behov for kompetanse om psykisk sykdom, miljøterapi og behandlingstilnærming til personer med psykose og uro, spesielt ved risiko for utagering.

Andre problemstillinger deltakerne nevnte, var hvordan man skulle jobbe med pasienter som ikke var motivert for å trene, noe som påvirket rehabilitering og utskrivingsprosessen til deres eget hjem eller boligen/institusjonen.

Fagseminarene og veiledningene var basert på behovene for kompetanseheving som kom frem i fokusgruppe 1. Kunnskap om komorbiditet, for eksempel hvordan psykose eller angst og depresjon kan påvirke pasientens funksjon og motivasjon for å rehabilitere en somatisk tilstand, var etterspurt.

En av de ansatte hadde innledningsvis flere grunnleggende spørsmål: «Hvordan skal jeg klare å hjelpe noen når jeg ikke klarer å nå personen? Hvordan skal jeg oppføre meg? Kan jeg gå inn i deres verden?»

## **Lovverket skiller ikke mellom fysisk og psykisk helse**

Som pasient har man rett til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det er en forutsetning at kommunen er i stand til å gi forsvarlig hjelp. Ellers må pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten (3).

Lovverket skiller ikke mellom fysiske og psykiske helseproblemer. Det var derfor en motivasjon for en større satsing på kompetanseheving innen psykisk helsearbeid.

Kunnskap om hvor helsearbeidere kan henvende seg for å få bistand til å håndtere pasienters psykiske vansker, kom frem som et viktig tema: «Når jeg jobber med pasienter som har utfordringer med sin stomi, med kreftbehandling eller palliasjon, så vet jeg hvor jeg henvender meg, men ikke når det gjelder psykiatri.»

### **«De ansatte var mer nysgjerrige og lurte på hva som kunne være grunnen til atferd som de observerte.»**

Etter at prosjektet var avsluttet, arrangerte vi et nytt fokusgruppeintervju. Der kom det frem at de ansatte så på seg selv som mer observante. De oppdaget tegn på depresjon og angst og viste større interesse og forståelse for pasienter med psykose.

De ansatte var mer nysgjerrige og lurte på hva som kunne være grunnen til atferd som de observerte. For eksempel nevnte de at de var mer observante på tegn til initiativløshet, tilbaketrekning, irritasjon og mistenksomhet hos pasientene.

De ansatte tenkte nå på mulige underliggende psykiske årsaker i samhandling med pasientene. De beskrev en større forståelse for psykiske utfordringer og sammenhenger mellom kroppslige og psykiske plager.

### **Ansatte var mer faglig kompetente etter prosjektet**

Ansatte ga i fokusgruppeintervju 2 uttrykk for at de så annerledes på pasientene etter prosjektperioden. De så på seg selv som mer faglig kompetente og hadde større grad av faglig trygghet og selvtillit enn før prosjektet.

En av de ansatte beskrev det slik: «Før tenkte jeg: Å nei, psykisk syk! Nå tenker vi ikke over det i det hele tatt, nå er det bare en del av pasientens problemer.»

Flere av de ansatte fremhevet nytteverdien av å se animasjonsfilmer på fagseminarene. I filmene var det beskrivelser av hvordan personer opplevde å være i en psykose. Det påvirket personalets forståelse for pasientens opplevelse, og en ansatt uttrykte seg slik:

«Det var den verdenen. At det virkelig var sånn de opplever det? Jeg har jo skjønt det, men å se det i bilder, herregud ... at det kunne være virkeligheten deres !?!»

## **Mer tid var en nøkkel for å lykkes**

De ansatte beskrev i fokusgruppeintervju 2 hvordan tid, strukturer, rammer og en oppgavepreget organisering påvirket klinisk daglig praksis og tilbudet til pasientene. De beskrev et dilemma når de hadde ansvar for mange pasienter. Tiden de brukte til relasjonsbygging med en pasient, kunne føre til at andre pasienter måtte vente på hjelp.

Personalet mente at mer tid var en nøkkel for å lykkes. De formidlet at arbeidsrutinene i mindre grad var lagt til rette for tidkrevende relasjonsarbeid, at organiseringen av de daglige gjøremålene og strukturen i avdelingen var mer oppgave- og prosedyreorientert, og at bestillingen fra bydelene som disponerte korttidsplassene, ofte var av somatisk karakter.

## **«I fokusgruppeintervjuet kom det frem at det er tidkrevende å oppfordre til trening når pasienten ikke er motivert.»**

En utfordring dreide seg derfor om hvordan den økte kompetansen i relasjonsarbeid kunne brukes i en oppgavepreget kontekst med mye oppmerksomhet på fysisk funksjon og somatiske problemstillinger.

I fokusgruppeintervjuet kom det frem at det er tidkrevende å oppfordre til trening når pasienten ikke er motivert. En av de ansatte fortalte: «De (pasientene) kan bli fort lei seg, de gråter, de avviser folk og personalet, nekter å få hjelp. Det er bare å gi dem tid, faktisk.»

## **De ansatte etterlyste klare retningslinjer**

De ansatte beskrev betydningen av å skape en relasjon, men at de ikke hadde den tiden som var nødvendig for å følge opp og bygge opp tillit hos pasienter som var redde eller sinte.

De etterlyste klare retningslinjer for praksis innenfor psykisk helsearbeid og mer kunnskap, slik at de kunne handle kunnskapsbasert og utføre praksis på samme måte som i somatikken. De uttrykte et ønske om klare prosedyrer – noe som kanskje kan utfordre relasjonsarbeidets krav om fleksibilitet og skjønn.

Erfaringene fra fokusgruppe 2 viste at den oppgavefokuserede driften i avdelingen etter at prosjektet var over, ble utfordret etter kompetansehevingen. De ansatte fokuserte på tidsbruk i relasjonsarbeid i konkurranse med tid til de praktiske oppgavene.

De diskuterte hvordan kunnskap om godt relasjonsarbeid kunne føre til bedre ivaretagelse av pasienten og gi større handlingskompetanse innen psykisk helsearbeid.

Noe av tanken med å ha «psykisk helse-briller» på var å kunne utvikle et bedre klinisk blikk for å se kropp og sjel i sammenheng. Det kan bidra til at rehabiliteringstiden forkortes og psykiske utfordringer forebygges og ivaretas.

## **Veiledningene ga studentene bedre innsikt**

I prosjektets fellesveiledninger diskuterte deltakerne de ulike profesjonenes tilnærminger og perspektiver. Personer med ulik fagbakgrunn ga veiledning om hvordan sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og helsefagarbeidere kommuniserer med pasienten, og hvilke metoder de bruker (4–6).

I enkelte veiledningstimer var det veiledere fra flere utdanninger, noe som deltakerne fikk stort utbytte av. Deltakerne ga uttrykk for at veiledningene ga dem bedre innsikt i og forståelse for andre profesjoners kompetanse.

## **«I enkelte veiledningstimer var det veiledere fra flere utdanninger, noe som deltakerne fikk stort utbytte av.»**

Det bidro til at de fikk lavere terskel for å kontakte andre yrkesgrupper. Fagseminarene inneholdt temaer som tok utgangspunkt i de ulike profesjonenes perspektiver, hvilket førte til at helsepersonellet uansett profesjon kjente seg godt igjen i de ulike forelesningene.

## **Det tverrfaglige perspektivet var positivt**

De ansatte evaluerte det tverrfaglige perspektivet i veiledninger og fagseminarer positivt. Å verdsette det tverrfaglige krevde imidlertid refleksjon, slik en av de ansatte beskrev det:

«[...] du legger ikke merke til at det er tverrfaglig før du må sette deg tilbake og se. Studentene gjør jo det. Så det synes jeg var kjempemorsomt. Hvordan det skapte en behandlingshelhet for pasienten [...]»

Det var gode tilbakemeldinger på at foreleserne kom fra ulike instanser, som spesialisthelsetjenesten, Oslomet, kommunens ulike tilbud og ideelle organisasjoner i tillegg til brukererfaringer. Det førte til en gjensidig utveksling av erfaringer, noe som ga foreleserne økt forståelse for hverdagen i helsehusene.

I veiledningen kom det frem at sykepleierstudentenes mulighet til å konsentrere seg om den enkelte pasienten førte til at de kunne sette opp en behandlingsplan. Det viste seg å være så nyttig at den ble brukt på nytt når pasienten kom inn igjen på rullerende opphold, eller som utgangspunkt for andre pasienter med liknende problematikk.

Det bidro til forutsigbarhet for pasienter som kom tilbake til nye opphold på helsehuset, og det var tidsbesparende for personalet.

## **Personalet merket en endring hos studentene**

I begynnelsen av prosjektet var det utfordrende for personalet å skulle veilede sykepleiestudenter fra andre studieår med praksis i psykisk helsearbeid og rus. Personalet var vant til å veilede studenter i første studieår, som skulle lære grunnleggende sykepleie.

Etter at studentene hadde vært der i et par perioder, opplevde personalet en endring: Studentene ble mer bevisst på det psykiske helsearbeidet i avdelingen. Etter at prosjektet var ferdig, valgte avdelingen å avvente tilbud om praksisplasser innen psykisk helse fordi rammene fortsatt var uendret.

Enkelte praksisveiledere følte at det var krevende å veilede i psykisk helsearbeid når de ikke hadde formell spesialistkompetanse. Fysioterapi- og ergoterapistudentene hadde allerede etablerte plasser innenfor psykisk helse og rus på andre praksisplasser.

## **Konklusjon**

Funn fra fokusgruppeintervju 1 før prosjektstarten viste at personalet ønsket større kompetanse i psykisk helsearbeid. De ønsket klare og konkrete prosedyrer.

Tiden de skulle bruke på for eksempel relasjonsarbeid, konkurrerte med tiden til praktiske oppgaver, og det utfordret den oppgavefokuserede driften i avdelingen. I fokusgruppe 2 etter prosjektet viste det seg at de ansatte opplevde økt kompetanse og større bevissthet om allerede eksisterende kompetanse på fagfeltet.



De ansatte så på seg selv som mer observante. De la merke til tegn på depresjon og angst, viste større interesse og forståelse for pasienter med psykose og så sammenhenger mellom kroppslige og psykiske plager. De nærmet seg pasientene på en annen måte og brukte i større grad behandlingsplaner med vekt på psykisk helse i tillegg til de somatiske problemstillingene.

Det var også positive tilbakemeldinger på det tverrfaglige perspektivet i veiledninger og fagseminarer. Målet om at prosjektet skulle bidra til å etablere nye praksisplasser i psykisk helsearbeid og rus for sykepleie-, ergoterapi- og fysioterapistudenter, ble ikke oppfylt i prosjektiden.

Det kan likevel se ut som at et lokalbasert *bottom-up*-prosjekt som «Kropp og sjel» kan bidra til viktig kompetanseheving blant ansatte i omstillingsprosesser, for eksempel omorganisering fra sykehjem til helsehus, noe som innebærer nye arbeidsoppgaver.

## Referanser

1. Hovdhaugen E, Nesje K, Reegård K. Hvordan sikre at sykepleiestudentene oppnår læringsutbytter i praksisstudiene: jakten på gode eksempler. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU); 2021. Rapport 2021-1. Tilgjengelig fra: <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/2725062> (nedlastet 14.10.2021).
2. St.meld. nr. 47 (2008-09). Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (nedlastet 14.10.2021).
3. Lov 1. januar 2001 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 14.10.2021).
4. Høgskolen i Oslo og Akershus. Programplan for bachelorstudiet i ergoterapi. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2015. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/2696332-Programplan-for-bachelorstudiet-i-ergoterapi.html> (nedlastet 14.10.2021).
5. Høgskolen i Oslo og Akershus. Programplan for bachelorstudiet i fysioterapi. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/16693314-Programplan-for-bachelorstudium-i-fysioterapi-studieretning-mensendieck.html> (nedlastet 14.10.2021).

6. Høgskolen i Oslo og Akershus. Programplan for bachelorstudiet i sykepleie. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/11263445-Programplan-bachelorstudium-i-sykepleie.html> (nedlastet 14.10.2021).

## FAGUTVIKLING

# Bruk av rusmidler er utbredt hos personer med psykoselidelse

Når helsepersonell kartlegger pasientenes sykdom, er det nødvendig å spørre hver enkelt om deres bruk av rusmidler og hvilken funksjon bruken har.

Kvalitativ studie

Psykisk lidelse

Stoffmisbruk

Rus

Rusmiddel

Profesjonelle helsearbeidere spør sjelden hvorfor og hvordan pasienter med alvorlige psykiske lidelser bruker rusmidler når det er grunn til å tro at de gjør det.

I denne artikkelen, som bygger på mitt doktorgradsarbeid fra 2015, redegjør jeg for hvilke erfaringer en gruppe pasienter med psykoselidelse og samtidig ruslidelse i oppsøkende behandling har med rusmidler.

## Vi vet lite om psykoselidelse og rusbruk

Personer med alvorlig psykisk lidelse er mer tilbøyelige til å bruke rusmidler enn andre (1, 2). Internasjonal forskning viser at disse personene skårer dårligere enn andre på viktige levekårsindekser (3), er vanskelige å få i behandling og har en tendens til å droppe ut av behandlingen (4).

Behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse) gjøres både i psykisk helsevern, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og til en viss grad i kommunene.

Selv om vi vet mye om de skadelige virkningene av rusmidler, finnes det også forskning som viser at visse rusmidler i et gitt omfang har en positiv effekt for brukerne dersom de ikke bruker det for ofte, og ikke bruker for sterke rusmidler (5).

Men vi vet fortsatt lite om hvorfor og hvordan personer med psykoselidelse ruser seg. Er det tilfeldig hvilke rusmidler de bruker, i hvilke mengder, og hvor ofte de bruker det? Og er det slik at personer med en spesifikk psykiatrisk diagnose foretrekker bestemte typer rusmidler fremfor andre?

## **Stadig flere får behandling i ACT-team**

Som en del av regjeringens satsing på samhandling i psykisk helsefeltet bevilget Helse- og omsorgsdepartementet gjennom statsbudsjettet for 2010 midler til opprettelse og drift av Assertive Community Treatment-team (ACT-team) i Norge.

I løpet av perioden 2008–2012 startet departementet opp 14 slike team. Parallelt startet en forskningsbasert evaluering av disse teamene. Evalueringen viste at de som var inkludert i ACT, hadde redusert behov for innleggelse på sykehus og ble i mindre grad enn ved annen behandling underlagt tvangsvedtak (6).

I de påfølgende årene har stadig flere med ROP-lidelser fått behandling og oppfølging i ACT-team eller Flexible Assertive Community Treatment-team (FACT-team), som har blitt et satsingsområde for helsemyndighetene.

## **De fleste hadde en psykisk lidelse først**

Denne studien hadde et deskriptivt og eksplorativt design med en fenomenologisk tilnærming. Den handlet om forskningsdeltakernes livserfaringer og er beskrevet i tidligere arbeider (7–9).

Jeg gjennomførte til sammen 20 individuelle intervjuer med et utvalg av brukere (n = 11) med ROP-lidelse inkludert norske ACT-team. Inklusjonskriteriene var oppnådd bedring på områdene livskvalitet og/eller funksjonsnivå og/eller rusmiddelbruk etter minimum tolv måneder i behandling.

## **«Flesteparten brukte flere typer rusmidler, men hadde ikke utviklet avhengighet.»**

Deltakerne var ni menn og to kvinner i alderen 27–63 år. De fleste var diagnostisert med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse, men det var også deltakere med bipolar og uspesifisert psykoselidelse. For de fleste av deltakerne hadde den psykiske lidelsen vært fremtredende før de begynte med rusmidler.

Flesteparten brukte flere typer rusmidler, men hadde ikke utviklet avhengighet. De rusmidlene som deltakerne benyttet hyppigst, var cannabis og amfetamin. Også alkohol ble benyttet, men i noe mindre grad.

## Alle deltakerne bodde alene

De fleste ruset seg tre–fire ganger per uke, ofte i sammenheng med økte symptomer på den psykiske lidelsen. Fire av deltakerne hadde sluttet helt med rusmidler.

Alle bodde alene, de fleste i en bolig de leide gjennom kommunen, mens to av deltakerne eide leiligheten de bodde i. Fire av deltakerne var i lønnet arbeid, enten i praksisplass gjennom Nav eller annet tilrettelagt tilbud. De øvrige var helt eller delvis uføretrygdet.

Jeg gjennomførte individuelle intervjuer hjemme hos deltakerne eller i et egnet møterom i ACT-teamets lokaler. Intervjuene hadde en varighet på om lag en time. Deretter analyserte jeg den transkriberte teksten fra intervjuene med systematisk tekstkondensering (10).

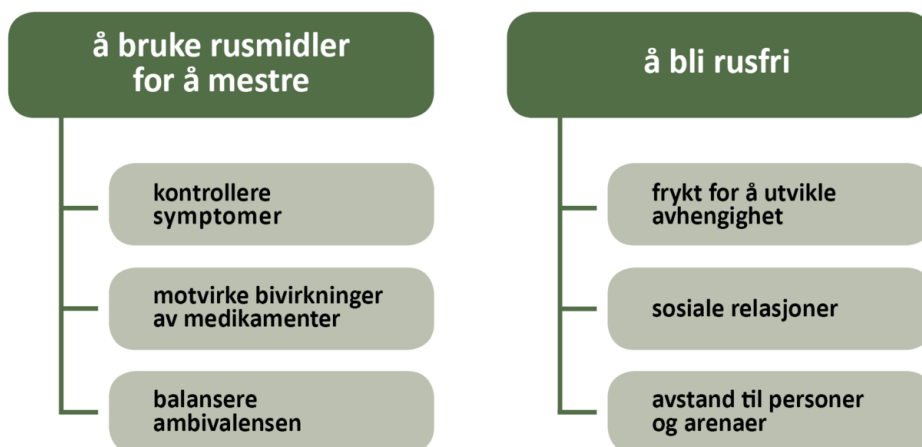
## Forholdet til rus var motsetningsfylt

Deltakerne i studien hadde et motsetningsfylt forhold til rusmidler. På den ene siden ga rusmidler dem positive opplevelser og var en måte å mestre den psykiske lidelsen på.

På den andre siden hadde de fleste også negative erfaringer med bruk av rusmidler og hadde etablert strategier for å kutte ut eller redusere bruken.

Hovedtemaene og undertemaene jeg kom frem til i studien, kan vi se i figur 1.

**Figur 1.** Hovedtemaer og undertemaer som kom frem under analysen.



## **Alkohol dempet angst og depresjon**

Jeg undersøkte hvordan ulike emosjonelle tilstander ble påvirket av rusmidler. Noen av deltakerne som brukte eller hadde brukt alkohol regelmessig, forklarte at hensikten med alkoholbruken var å dempe angst og depresjon og ta en pause fra alt som var vanskelig i livet.

### **«Noen mente at alkohol var mindre skadelig enn illegale rusmidler.»**

Noen mente at alkohol var mindre skadelig enn illegale rusmidler. Andre uttrykte en forkjærlighet for cannabis eller amfetamin og omtalte alkohol i negative ordelag ved at den ofte skaper større problemer både for enkeltindivider og på samfunnsnivå.

Årsakene de oppga for å bruke rusmidler, var at det både var en måte å unnsnippe ubehagelige tilstander på og en mulighet til å fokusere på noe annet. De forklarte dette ved hjelp av uttrykk som pause, avbrudd eller flukt.

Noen hadde utviklet strategier for å innarbeide slike «timeouts» i sin hverdag, mens det skjedde mer vilkårlig for andre.

## **Cannabisbruk mildnet indre stemmer**

En av deltakerne (mann, 45 år) var diagnostisert med paranoid schizofreni og hadde brukt alkohol i mange år som en bevisst strategi for å håndtere angst og depressive tanker:

«Det går en periode på 24 dager, og så kommer det 12 øl som stopper det vanskelige [...] som en pause. Og det er å være et annet sted fordi du er full. Altså, da er jeg er fornøyd når jeg begynner på blanke ark og fortsetter 24 dager til. Og så kommer det tolv øl [...] og så går jo livet sånn, da. Så får du jo kanskje en takk av Gud eller et eller annet fordi du har greid det.»

Flere av deltakerne anså bruk av cannabis som en måte å håndtere indre stemmer på. I de fleste tilfellene kunne cannabisbruk mildne påvirkningen av høye og dominerende eller befalende stemmer.

## **Amfetamin kunne regulere maniske faser**

Bruken av amfetamin så ut til å ha mange funksjoner. Et anvendelsesområde var å regulere eller initiere maniske faser ved bipolar lidelse. De av deltakerne dette gjaldt, forklarte at mani som var fremskyndet av amfetamin, var lettere å håndtere enn andre maniske episoder.

Fordi kontroll og stabilitet er viktig ved en bipolar lidelse, så de på amfetamin som et virkemiddel til å få hyppigere maniske faser, men at fasene var mindre dramatiske enn uten påvirkning av amfetamin.

Amfetamin syntes å være det foretrukne rusmiddelet når det gjaldt å håndtere plagsomme bivirkninger av antipsykotika. Vektøkning og medfølgende inaktivitet ble rapportert av mange av deltakerne som hadde brukt slike medikamenter.

## **Antipsykotika gjorde deltakerne søvnige**

Flere av deltakerne uttrykte at de hadde behov for flere våkne dager siden antipsykotika gjorde dem sløve og søvnige. Det gjorde at de fikk en utpreget trang til å sove både dag og natt.

En av deltakerne (mann, 33 år) var diagnostisert med en schizoaffektiv lidelse og hadde brukt ulike antipsykotika i en årrekke:

«Jeg sto på Zyprexa, da fikk jeg angst og sov veldig mye. Det var da amfetaminbruken min begynte, så det har nok litt å gjøre med virkningen av antipsykotisk medisin. Jeg husker at jeg sov så mye... at jeg ønsket meg en dag eller en helg i måneden hvor jeg var våken.»

Deltakernes årsaker til å bruke rusmidler handlet også om ambivalens og tvil. Det samme rusmiddelet kunne ha forskjellige betydninger, virkninger og konsekvenser for ulike personer.

## **Bruk av rusmidler kunne skape problemer**

I et overordnet perspektiv anerkjente deltakerne den positive korttidsvirkningen av rusmidlene, men samtidig var de bevisst på skadelige langtidsvirkninger. Bruk av rusmidler kunne skape problemer, men likevel bidro de til at deltakerne fungerte bedre på mange arenaer.

Noen deltakere hadde erfart at spesielt amfetamin ga dem økt energi og livslyst, men at de senere kunne få ubehagelige skjelvinger og oppleve betydelig nedstemthet.

**«Behovet for rusmidler syntes å være mindre påtrengende når symptomer på den psykiske lidelsen ikke var dominerende.»**

En deltaker (mann, 40 år) slet med overvekt og hadde brukt både amfetamin og cannabis for å gå ned i vekt. Han mente at det kunne være en hårfin balansegang. Han forklarte:

«Jeg husker at amfetamin gjorde at jeg gikk raskt ned i vekt, men etter hvert ble det ikke noe behagelig. Noen ganger har jeg brukt cannabis fordi det ikke har den umiddelbare effekten. Det er best å gjøre det gradvis. Jeg håper å stabilisere vekten på et akseptabelt nivå slik at jeg kan føle et slags velvære.»

Alle deltakerne brukte rusmidler for å håndtere episoder som oppsto på grunn av den psykiske lidelsen. Behovet for rusmidler syntes å være mindre påtrengende når symptomer på den psykiske lidelsen ikke var dominerende.

## **Mange fryktet mer alvorlig rusmisbruk**

Rusmidlene kunne være til hjelp for å mestre noen plagsomme symptomer knyttet til deltakernes psykiske lidelse på kort sikt, men de fleste deltakerne innså at langtidsvirkningen av rusmidlene var negativ. De innså at det var viktig å kunne redusere eller slutte med rusmidler.

Mange uttrykte redsel for å utvikle toleranse overfor rusmidler og en mulig overgang til mer alvorlig rusmisbruk. De anså injisering av heroin som det farligste.

For de fleste deltakerne var en overgang fra rusmisbruk til avhengighet et symbol på en alvorlig forverring av selvbildet, noe som syntes å bidra til at noen hadde klart å kutte ut bruken av rusmidler. En av deltakerne (mann, 40 år), som for det meste hadde brukt alkohol, uttrykte seg slik:

«Det beste er egentlig å holde seg unna alkoholen fordi hvis du har drukket i mange år, vil det fortsatt fremstå som en fristelse, både drikking og bruk av andre rusmidler. Du har et toleransenivå. Denne veien starter i det små, og etter hvert blir det heroin. Hasj ligger omtrent i midten. Så målet må være å ikke begi seg ut på den veien eller stake ut en annen kurs før det er for sent.»

## **Deltakerne slet med avholdenhet**

Deltakerne fryktet å miste kontrollen på rusbruken og bli så påvirket at det forverret den psykiske lidelsen. Likevel ble perioder med avholdenhet opplevd som vanskelig for flere av dem fordi de ofte kjente på følelser som utilstrekkelighet og frykt.

Det syntes som om fraværet av rusen ledet til både positive og negative opplevelser. Alle deltakerne hadde erfart perioder med avholdenhet, men de fleste hadde ikke vært avhengig av rusmidler. Flertallet mente at de hadde et gjennomgående bedre funksjonsnivå når de holdt seg unna rusmidler.

**«Det å være i et forhold dempet behovet for rusmidler.»**

Relasjonelle faktorer var innbefattet i de fleste betingelsene for å klare å slutte med rusmidler. Aktiviteter med ulike formål og i ulike kontekster ble ofte nevnt og assosiert med forholdet til andre mennesker.

De fleste av deltakerne hadde erfart at å gjenopprette bånd med familie og nære venner og være i stand til å delta i dagliglivets aktiviteter var helt avgjørende.

Mange av årsakene deltakerne oppga for å bli rusfrie, handlet om betydningen av sosiale relasjoner og å unngå isolasjon og ensomhet. Argumentene var at man måtte være edru for å finne en partner, og at å være i et forhold dempet behovet for rusmidler.

## **Deltakerne unngikk tidligere rusmiljøer**

De fleste av deltakerne fortalte om den negative innflytelsen fra tidligere rusmiljøer. For å unngå å vende tilbake til tidligere venner i rusmiljøene var det avgjørende for dem å motstå trangen til å gjenoppsøke disse miljøene.

Det fungerte ikke å innta en slags «mellomholdning». Det var enten-eller. En deltaker (mann, 43 år) hadde vært inn og ut av rusinstitusjoner mange ganger og hadde etter hvert utviklet en strategi for å stå imot rustrangen:

«Jeg hadde ommøblert leiligheten, slik at det var annerledes å komme hjem den siste gangen, fordi jeg har opplevd å komme hjem på permisjon når alt i leiligheten minnet meg om mitt tidligere liv, og jeg ble fristet til å ruse meg igjen. Den siste gangen fikk jeg ikke slike tanker i det hele tatt og har klart å holde meg rusfri siden.»

## **Rusmiddelbruken hadde ulike formål**

Deltakerne i studien ruset seg hovedsakelig for å håndtere vanskelige følelser og plagsomme symptomer på en alvorlig psykisk lidelse. De samme rusmidlene ble brukt til ulike formål for ulike personer.

For eksempel ble amfetamin brukt som et beroligende middel i forbindelse med plagsomme indre stemmer, for å kompensere for emosjonell avflating og som et slankemiddel. Deltakerne som uttalte dette, hadde en psykoselidelse.

Funnene fra studien støtter den tradisjonelle selvmedisineringshypotesen (11) fordi spesifikke rusmidler ble brukt for å håndtere plagsomme symptomer, ubehagelige følelser eller dysfori.



Disse funnene avviker imidlertid fra andre studier som har undersøkt pasientenes perspektiver, der det kom frem at bruk av rusmidler hovedsakelig hadde en negativ effekt på psykoselidelsen (12, 13). Det er imidlertid uklart hva som er plagsomme symptomer, ubehagelige følelser og dysfori (14).

## **Få hadde negative erfaringer med rus**

Det som skiller funnene i de ovennevnte studiene fra denne studien, er at deltakerne primært hadde en ruslidelse, mens deltakerne i denne studien hadde utviklet en psykoselidelse over flere år med påfølgende rusmisbruk.

Et annet viktig aspekt kan være at flertallet av deltakerne i denne studien rapporterte få negative erfaringer med bruk av rusmidler, antakelig fordi de fleste av dem ikke hadde utviklet avhengighet.

## **«Deltakerne vektla å ta det riktige rusmiddelet på riktig måte for å redusere skadelige effekter.»**

Et annet fremtredende funn i denne studien var at deltakerne vektla å ta det riktige rusmiddelet på riktig måte for å redusere skadelige effekter. I så henseende var amfetamin det hyppigst benyttede rusmiddelet.

Forskningslitteraturen sier lite om hvordan utbredelsen av amfetamin og andre stimulerende midler er blant personer med psykoselidelser, og hvordan midlene brukes.

Det er få studier som omhandler hvordan personer med psykoselidelser bruker og erfarer virkningen av slike rusmidler, selv om det finnes eldre studier som har funnet at personer med schizofreni har lettere for å utvikle aktiv psykose ved bruk av stimulerende midler enn personer med andre psykiske lidelser (15).

## **De færreste klarte å bli rusfrie**

Få deltakere i denne studien hadde klart å bli rusfrie. En mulig forklaring er at de fleste av dem, som tidligere nevnt, ikke hadde utviklet avhengighet og heller ikke ruset seg daglig. Mange hadde derfor ikke opplevd alvorlige skadevirkninger av sitt rusmiddelbruk.

Noen av dem som var avholdende, og noen av dem som fortsatt ruset seg, men hadde initiert rusfrie perioder, uttalte at frykten for å bli avhengig eller psykotisk var et argument for å kutte ut rusen.

Frykt for å utvikle avhengighet som en motivasjon for avholdenhet er ikke gjenfunnet i andre studier, selv om det er rapportert om negative konsekvenser av rusen som motivasjon for å bli rusfri (12, 16).

De overnevnte studiene skilte seg imidlertid fra denne studien ved at de omhandlet deltakere med gjennomgående tungt rusmiddelmissbruk.

## **Støttende nettverk har stor betydning**

Mine resultater indikerer at deltakernes ruserfaringer kombinert med psykisk lidelse ga dem en bevissthet om at langsiktig eller kortsiktig avholdenhet fra rusmidler var viktig for å opprettholde stabilitet i livet.

Et hovedfunn i denne studien var at deltakerne måtte ta avstand fra sitt tidligere rusmiljø for å oppnå rusfrihet. Dette samsvarer med resultatene fra Davis og O'Neills studie, som også undersøkte deltakernes strategier for å bli rusfrie (17).

Andre kvalitative studier med utvalg som ikke var direkte sammenliknbare med denne studien, identifiserte imidlertid ikke avstand som strategi for å bli rusfri (16, 18, 19).

Flere av deltakerne i denne studien viste til betydningen av å kutte ut rusmiddelbruken for å finne en partner og komme ut av isolasjonen. Betydningen av et støttende sosialt nettverk var fremtredende, og til en viss grad ble behandlere i ACT ansett som en del av nettverket.

En gradvis bevisstgjøring om at rusmiddelbruk kom i konflikt med et vanlig liv og personlig velbefinnende, var fremtredende hos deltakerne. Flere kvalitative studier har konkludert med at støttende nettverk hadde mest å bety for at personer med psykoselidelse kunne oppnå rusfrihet (20–22).

## **Rusmiddelbruk ble ikke ansett som misbruk**

Henwood og medarbeideres casestudie identifiserte tre begivenheter som bidro til at personer klarte å kutte ut rusmiddelbruken: vendepunkter i livet, gradvis modning og institusjonsbehandling (18). Denne studien var sammenliknbar med min studie bortsett fra at deltakerne hadde vært rusfrie over lengre tid.

Å finne den rette balansen og gjenvinne eller opprettholde stabiliteten var viktig både for dem som fortsatt brukte rusmidler, og hadde eller ikke hadde rusfrie perioder, og for dem som hadde kuttet ut rusmidler.

**«Deltakerne mente at moderat bruk av alkohol og cannabis var harmløst.»**

De aktive brukerne legitimerer rusmiddelbruken mer som bruk enn misbruk. Deltakerne mente at moderat bruk av alkohol og cannabis var harmløst. Det meste av ambivalensen var knyttet til bruk av amfetamin, som flere av deltakerne hadde både gode og dårlige erfaringer med.

Ut fra funnene kan det se ut som om mennesker med psykoselidelse ofte opplever motstridende følelser knyttet til sin bruk av rusmidler (13). Samtidig kan det å bli rusfri være både besværlig og konfliktfylt (16). For mennesker både med og uten alvorlig psykisk lidelse har rusen flere ansikter.

## **Behandlere må spørre om rusmiddelbruk**

Når det gjelder selvmedisinering, bør behandlere være oppmerksomme på at pasientene kan anvende rusmidler for å lindre symptomer på psykisk lidelse, og at spesifikke rusmidler kan brukes for å motvirke både positive og negative symptomer på psykoselidelse.

Når helsepersonell kartlegger pasientenes sykdom, er det nødvendig å spørre hver enkelt om deres bruk av rusmidler og hvilken funksjon bruken har.

Slik kartlegging bør også ta i betraktning om rusmiddelbruken har foranlediget psykisk sykdom, eller vice versa. Nettopp det kan ha innvirkning på pasientenes syn på rusmidlenes funksjon.

## **Hvorfor trenger pasientene rusmidler?**

Behandlere trenger å motivere brukere til å redusere rusmiddelbruken, og brukere trenger hjelp til å håndtere angst og depresjon. Hvordan man kan leve med å høre indre stemmer, blir også viktig i behandlingen.

Ved kartlegging av rusmiddelbruk er det like viktig å spørre om hvordan og hvorfor pasientene bruker rusmidler, som hvilket rusmiddel de benytter.

Ved behandling med antipsykotika bør behandlere nøye vurdere bivirkningene av medikasjonen. Noen personer med psykoselidelse synes å ha bedre livskvalitet når de bruker rusmidler enn når de er avholdende.

I noen grad kan det innebære å jobbe sammen med brukerne for å minimere snarere enn å eliminere rusmiddelbruken, og behandlere bør i større grad være bevisst på slike forhold.

## Referanser

1. Hartz S, Pato C, Medeiros H, Cavazos-Reg P, Sobell J, Knowles J, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *Jama Psychiatry*. 2014;71(3):248–54. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2013.3726](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3726)
2. Hasin D, Kilcoyne B. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(3):165. DOI: [10.1097/ycp.0b013e3283523dcc](https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3283523dcc)
3. Padgett DK, Smith BT, Henwood BF, Tiderington E. Life course adversity in the lives of formerly homeless persons with serious mental illness: context and meaning. *Am J Orthopsychiatry*. 2012;82(3):421–30. DOI: [10.1111/j.1939-0025.2012.01159.x](https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01159.x)
4. Fredwall TE. En oppsummering av kunnskap. Pasientforløp for personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse. Oppsummering nr. 10. Omsorgsbiblioteket; 2018.
5. Wagstaff C. Towards understanding the self-perception of people with psychotic illness who use illicit substances and have a history of disengagement from mental health services: qualitative research. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2007;12(3):1503–20.
6. Landheim A, Ruud T. Evaluering av ACT-team. Sluttrapport: Nasjonal kompetansetjeneste for rus- og psykisk lidelse. Lørenskog: Akershus universitetssykehus; 2014.
7. Pettersen H, Ravndal E, Ruud T, Landheim A. Searching for sobriety: How persons with severe mental illness experience abstaining from substance use. *J Addict Res Ther*. 2014;5(4). DOI: [10.4172/2155-6105.1000193](https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000193)
8. Pettersen H, Ruud T, Ravndal E, Landheim A. Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013;8:21968. DOI: [10.3402/qhw.v8i0.21968](https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21968)
9. Pettersen H. Erfaringer med rusmiddelbruk og oppsøkende behandling hos personer med psykoselidelse. (Doktorgradsavhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo; 2015.
10. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795–805. DOI: [10.1177/1403494812465030](https://doi.org/10.1177/1403494812465030)

11. Khantzian E. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 1997;4(5):231–44. DOI: [10.3109/10673229709030550](https://doi.org/10.3109/10673229709030550)
12. Charles V, Weaver T. A qualitative study of illicit and non-prescribed drug use amongst people with psychotic disorders. *J Ment Health*. 2010;19(1):99–106. DOI: [10.3109/09638230802523039](https://doi.org/10.3109/09638230802523039)
13. Cruce G, Øyehagen A, Nordstrøm M. Experiences of alcohol and other drugs in individuals with severe mental illness and concomitant substance use disorders. *Mental health and Substance use: dual diagnosis*. 2008;1(3):228–41. DOI: [10.1080/17523280802317404](https://doi.org/10.1080/17523280802317404)
14. Henwood B, Padgett D. Re-evaluating the self-medication hypothesis among the dually diagnosed. *Am J Addict*. 2007;16(3):160–5. DOI: [10.1080/10550490701375368](https://doi.org/10.1080/10550490701375368)
15. Lieberman J, Kane J, Alvir J. Provocative tests with psychostimulant drugs in schizophrenia. *Psychopharmacology*. 1987;91(4):415–33. DOI: [10.1007/bf00216006](https://doi.org/10.1007/bf00216006)
16. Laudet A, Magura S, Vogel H, Knight E. Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *Am J Orthopsychiatry*. 2004;74:365–75. DOI: [10.1037/0002-9432.74.3.365](https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.3.365)
17. Davis KE, O'Neill SJ. A focus group analysis of relapse prevention strategies for persons with substance use and mental disorders. *Psychiatr Serv*. 2005;56(10):1288–91. DOI: [10.1176/appi.ps.56.10.1288](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.10.1288)
18. Henwood B, Padgett D, Smith B, Tiderington E. Substance abuse recovery after experiencing homelessness and mental illness: case studies of change over time. *J Dual Diagn*. 2012;8(3):238–46. DOI: [10.1080/15504263.2012.697448](https://doi.org/10.1080/15504263.2012.697448)
19. Asher C, Gask L. Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: qualitative study. *BMC psychiatry*. 2010;10:94. DOI: [10.1186/1471-244x-10-94](https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-94)
20. Alverson H, Alverson M, Drake R. Social patterns of substance-use among people with dual diagnoses. *Ment Health Serv Res*. 2001;3(1):3–14. DOI: [10.1023/a:1010104317348](https://doi.org/10.1023/a:1010104317348)
21. Gomez M, Primm A, Tzolova-Iontchev I, Perry W, Hong T, Crum R. A description of precipitants of drug use among dually diagnosed patients with chronic mental illness. *Community Ment Health J*. 2000;36(4):351–62.

22. Thommesen H. Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer. (Doktorgradsavhandling.) Bodø: Høgskolen i Bodø; 2008.

## FAGUTVIKLING

# Hvordan kan vi overføre kunnskap, holdninger og ferdigheter fra kurs til praksisutøvelse?

Kursdeltakerens eget ansvar og initiativ er viktig for å få et godt læringsutbytte av et kurs. I tillegg må det forankres i ledelsen slik at den nye kunnskapen kan brukes i praksis.

Kommunikasjon

Utdanning

Kurs

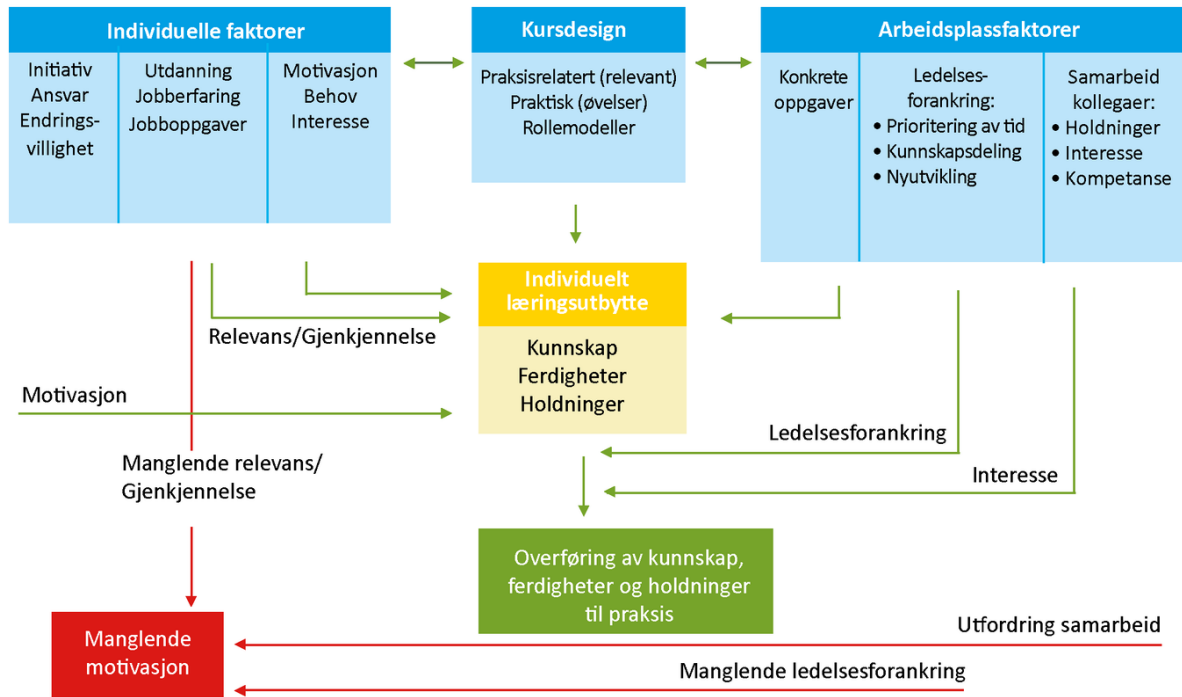
Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) publiserte i 2019 *Håndbok for helsepedagogikk: Kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter* (1). Håndboken inneholder rammeverk og anbefalinger for et kurs i helsepedagogikk.

Høsten 2019 ble dette kurset testet ut som en pilot i en større kommune i Norge, og det ble grundig evaluert i etterkant (2). Evalueringen viste at selv om kurset ble godt mottatt av kursdeltakerne, var det flere faktorer som hadde betydning for om det som deltakerne hadde lært på kurset, ble brukt i praksis i etterkant eller ikke.

Vi besluttet derfor å analysere intervjuene fra evalueringen på nytt for å se nærmere på respondentenes utsagn om hva som fremmet eller hemmet implementering av ny kunnskap i praksis. Datagrunnlaget var to fokusgruppeintervjuer og fire individuelle intervjuer, som ble gjennomført to måneder etter kurset.

I analysen sorterte vi utsagnene etter henholdsvis individuelle faktorer, kursdesign og arbeidsplassfaktorer, da forskning viser at dette er faktorer som har betydning for å kunne overføre det man lærer på kurs til en jobbkontekst (3–5). Resultatene av analysen er gjengitt i en modell basert på disse faktorene (figur 1).

**Figur 1.** Illustrasjon av hva som fremmer eller hemmer overføring av kunnskap, ferdigheter og holdninger – fra kursdeltakelse til praksis



## Resultater

Resultatavsnittet har vi strukturert etter modellens ulike elementer. Funnene og sammenhengen mellom dem utdyper og forklarer vi nærmere under hvert element.

### ***Deltakeren må ha individuelt læringsutbytte***

At den enkelte deltakeren har et faktisk læringsutbytte av kurset, er en forutsetning for at deltakelsen skal kunne medføre endringer i praksisutøvelsen i etterkant. Læringsutbyttet er blant annet avhengig av individuelle faktorer hos deltakerne, kursets design og faktorer ved arbeidsplassen.

Individuelle faktorer kan være utdanning, jobberfaring og aktuelle jobboppgaver. Dette vil ha betydning for graden av motivasjon, behov og interesse. For at kurset skal være relevant for deltakerne, må kursdesignet ta høyde for disse individuelle faktorene.

### ***Kurset må være relevant og gi gjenkjennelse***

I intervjuene ga kursdeltakerne spesielt uttrykk for at det var viktig at innholdet i kurset var praksisrelatert, at det var praktiske øvelser med mulighet for refleksjon og tilbakemelding, samt betydningen av at kurslederne fungerte som rollemodeller.

Noe som gikk igjen i deltakernes svar, var verdien av å kjenne seg igjen i temaene de diskuterte på kurset, og hvorvidt temaene var relevante for konkrete arbeidsoppgaver. Relevans og mulighet for gjenkjennelse fremhevet de som en forutsetning for å få et godt læringsutbytte:

«At kurslederen delte av egne erfaringer og brukte praksiseksemples – det er alfa omega ... Det blir på en måte mer gyldig, og man husker det veldig mye bedre [...]. Det var veldig mange praksiseksemples fra kurs og sånn, og jeg føler det er kjempespennende å høre på. [...] Og jeg er veldig enig i at vi har kunnet bruke masse, men det kunne ha vært veldig artig å kunne ha hørt litt mere sånn fra praksishverdagen vår» (fokusgruppe 2 – deltaker 5).

### ***Kunnskap og holdninger må overføres til praksis***

At deltakere har hatt et faktisk læringsutbytte av et kurs, er imidlertid ikke ensbetydende med at tilegnede kunnskaper, ferdigheter og/eller holdninger blir overført til praksis. Ulike faktorer kan fremme eller hemme dette.

Faktorer ved arbeidsplassen som har betydning for motivasjonen til å endre praksis i tråd med ny læring, er blant annet konkrete relevante arbeidsoppgaver, graden av ledelsesforankring og samarbeid med kollegaer. Individuelle faktorer som kan ha betydning, er graden av initiativ, ansvar og endringsvillighet.

### ***Ikke alle var motivert for å gå på kurs***

Ansaret for rekrutteringen til det gjeldende kurset lå hos enhetsledere i kommunen. Motivasjonen for å gå på kurs var derfor ikke i første omgang et uttrykt ønske eller behov hos den enkelte deltakeren.

Om deltakerne ikke ser relevansen av å delta på kurs eller ikke er endringsvillig, kan det påvirke motivasjonen for å endre praksis i etterkant. Kurset syntes imidlertid å motivere og inspirere flere, uavhengig av forutsetninger og relevante arbeidsoppgaver.

Flere av dem som hadde relevante arbeidsoppgaver, hadde begynt å bruke det de hadde lært i etterkant av kurset. Andre som oppga å ha lært mye på kurset, og i tillegg var motivert til å praktisere det, ga imidlertid uttrykk for at arbeidsrelaterte faktorer kunne påvirke motivasjonen negativt.



## «Flere av dem som hadde relevante arbeidsoppgaver, hadde begynt å bruke det de hadde lært, i etterkant av kurset.»

Om det av en eller annen grunn ikke var mulig å praktisere det man hadde lært på kurset rett i etterkant, da motivasjonen var på sitt høyeste, kunne det bidra til at motivasjonen ble borte. Flere uttrykte bekymring for at det ville skje.

«Jeg har hørt at folk har blitt inspirert, og så er det selvfølgelig avhengig av hvordan man jobber, og hva man har med seg fra tidligere. For noen så er det kanskje litt mindre synlig hvordan de skal omsette det i praksis, og det handler kanskje om endringsvillighet – der er vi også forskjellige» (individuell – deltaker 1).

«Det blir fort at fem kursdager går veldig raskt, og da det er mye jobb og hverdag innimellom, så er det kanskje lett at det sklir ut litt hvis det ikke blir tatt tak i ettertid [...] så jeg håper at det ikke forsvinner. At du får øvd deg på det her kontinuerlig etterpå, at det ikke blir med kurset» (fokusgruppe 1 – deltaker 2).

### ***Det kan være vanskelig å bevare entusiasmen***

Flere faktorer som kunne hemme motivasjonen for å praktisere det man hadde lært, ble løftet frem. En av faktorene som gikk igjen, var utfordringer i samarbeidet med kollegaer som ikke hadde vært på kurset.

Flere kursdeltakere ga uttrykk for at det var vanskelig å bevare entusiasmen når de kom tilbake på jobb. Det handlet blant annet om utfordringer knyttet til å formidle det de hadde lært til kollegaer som ikke hadde hatt samme kompetanseheving, og derfor ikke hadde samme kunnskaper, ferdigheter eller holdninger.

Det å ikke ha det samme kunnskapsgrunnlaget å samarbeide ut fra trakk kursdeltakerne frem som en utfordring. Et eksempel som flere trakk frem, handlet om økt bevissthet om viktigheten av brukermedvirkning i tjenesteutvikling.

Mange opplevde at de hadde store utfordringer med å formidle sin nye innsikt til kollegaer i enheter hvor dette ikke hadde høy prioritet eller var en del av praksis:

«Jeg ser nytten av at ha en brukerrepresentant med i starten av planleggingen i forhold til gruppeintervensjon. Men det er veldig vanskelig å få frem det i arbeidet med dem som kanskje ikke har det samme kurset. For vi fikk litt en åpenbaring på det kurset som de ikke har hatt. Og det er vanskelig å få frem det å jobbe med akkurat den biten, det at vi har sett nytten av å likestille rollene våre» (fokusgruppe 2 – deltaker 3).

Andre rapporterte at de hadde opplevd en generell interesse og nysgjerrighet hos kollegaene da de kom tilbake fra kurset. Dette fremmet motivasjonen til å fortelle mer og dele ny kunnskap og nye brukbare redskaper og modeller.

### ***Det kan være en fordel at flere deltar på samme kurs***

Det var stor forskjell på i hvilken grad kursdeltakerne hadde tatt ansvar for og initiativ til å imøtekomme faktorene som de opplevde som hemmende når det gjaldt formidling til kollegaer. Enkelte rapporterte å ha tatt ansvar gjennom dialog med sin egen leder.

Andre, da de ble spurt direkte, hadde ideer til ulike måter å formidle dette på som kunne la seg realisere i fremtiden, for eksempel i tilknytning til temadager eller i veiledningssituasjoner. De som hadde vært på kurset sammen med flere kollegaer fra samme enhet eller team, nevnte at det var en stor fordel og en faktor som fremmet samarbeid om å bruke det de hadde lært, i etterkant av kurset.

### **«De som hadde vært på kurs alene, uttrykte et ønske om kompetanseheving for sine kollegaer.»**

De som hadde vært på kurs alene, uttrykte et ønske om kompetanseheving for sine kollegaer, slik at de hadde samme kunnskapsgrunnlag å samarbeide ut fra.

«Jeg tar bare litt mer dialog med min leder i forhold til det og prøver. Det er fortsatt bare å kjøre på med det argumentet med å ha det (brukermedvirkning). [...] Det samme gjelder jo at vi diskuterer med lederne hvordan vi kan få formidlet den kompetansen vi har fått. Og hvordan vi kan involvere andre. For man ser jo at det er veldig nyttig hvis flere har samme kompetanse» (fokusgruppe 1 – deltaker 1).

«Jeg kom jo alene [på kurset] og kom tilbake og kjente at jeg var så giret, på en måte. Her er noen ting som vi kan bruke, og så snakker man litt om hva man har opplevd, og da er engasjementet kanskje ikke like stort. Så jeg tror det at å ha flere på lag og ha lest det samme og tenkt litt sammen, det gir en annen forståelse. Man kan liksom ikke komme tilbake og fortelle hva man har vært med på og klare å formidle det samme. Så at flere kan ta del og være med på kurset, det hadde hjulpet» (fokusgruppe 2 – deltaker 2).

### ***Manglende ledelsesforankring var en hemmende faktor***

Utfordringer i samarbeidet med kollegaer for å praktisere det de hadde lært, ble også koplet til manglende organisatorisk og ledelsesmessig forankring.

Deltakerne beskrev at manglende ledelsesforankring generelt var en hemmende faktor for muligheten til å praktisere det de hadde lært på kurset. Det handlet primært om manglende prioritering fra ledelsens side når det gjaldt å sette av tid til kunnskapsdeling med kollegaer og implementere ny kunnskap i praksis.

Flere opplevde at det var vanskelig å ta seg tid når det ikke ble prioritert av ledelsen, og det samtidig ble forventet at andre oppgaver skulle løses som før. Det handlet også om organisatoriske utfordringer knyttet til manglende ansvarsfordeling i nye prosjekter på tvers av enheter.

«Utfordringer med å ta det i bruk er vel kanskje det med tid og kapasitet i arbeidshverdagen. At man har mange oppgaver som skal utføres, og så er det – ja, det å få tid til å ha sett seg ned og få brukt det, da» (fokusgruppe 2 – deltaker 4).

«Det er jo viktig at vi får bruke tid på det. For hvis det er forankret i ledelsen, da vil det jo kanskje utløse at man får prioritere det og bruke det» (fokusgruppe 2 – deltaker 5).

## **«Flere opplevde at det var vanskelig å ta seg tid når det ikke ble prioritert av ledelsen.»**

Det var forskjell på hvordan de hemmende faktorene ble vurdert av kursdeltakerne. De diskuterte i hvilken grad ansvaret lå hos ledelsen alene, og hvilket ansvar som eventuelt lå hos den enkelte kursdeltakeren. Formidling til ledelsen om behovet for å bruke tid på implementering av ny kunnskap ble beskrevet som både en nødvendighet og en utfordring.

«Jeg tror det er viktig at de som gikk på kurs, får anledning til å fortelle sine ledere at det her har vi lært, og det ønsker vi å ta i bruk, og da trengs de her ting. Jeg tror det finnes en vilje til å sette av litt tid, men lederen må ofte ha konkrete bestillinger på hva som trengs.

Det å få synliggjort hva kurset [kan] brukes til i praksis, så det kan gjentas, hvis det er ønskelig å spre det. Så det at dem som har gått på kurset, får virkelig brukt det og sagt noen ting om det, sånn at det blir tydelig at man faktisk implementerer det man har lært på kurs» (individuell – deltaker 1).

«Jeg tenker det er lettere hvis man har ledelsen med seg, så tenker jeg jo også at til sjuende og sist er det bra at du er med på å snakke det frem (henvendt til en annen fokusgruppedeltaker om viktigheten av brukermedvirkning), men det er ledelsen som har ansvaret med å få det på plass og, da, at det ikke skal være ditt ansvar alene» (fokusgruppe 2 – deltaker 4).

## Oppsummering

Flere faktorer har betydning for hva som skjer i praksis etter deltakelse på kurs. Individuelt læringsutbytte, personlig ansvar og initiativ sammen med forhold ved arbeidsplassen, inkludert god ledelsesforankring, har stor betydning.

Funnene i denne evalueringen viser at det er flere ting man bør ta stilling til på arbeidsplassen før man sender de ansatte på kurs. Først og fremst er det viktig hvem man velger å sende. Har de eller skal de ha oppgaver som relaterer seg til det som kurset handler om?

Man bør dessuten overveie om flere fra samme arbeidsplass eller avdeling skal delta sammen, da det viser seg at det er enklere å komme i gang med å bruke det man har lært om man ikke er den eneste som har gått på kurs.

Dersom det ikke er mulig, er det viktig å legge til rette for at den som har vært på kurs, får mulighet til å formidle den nye kunnskapen til kollegaer, samt skape rom for at man kan bruke ny kunnskap i jobbhverdagen.

Læringseffekten av et kurs forsterkes når det man har lært, blir prøvd ut i praksis, og vi kan først snakke om styrket kompetanse når det man har lært, vises i praktiske handlinger.

## Referanser

1. Hvinden K, Henriksen A-H, Brøve HB. Håndbok i helsepedagogikk – kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter. Oslo: NK LMH; 2019. NK LMH-rapport 978-82-92686-35-5.
2. Henriksen A-H. Evaluering av fem dagers kurs i helsepedagogikk. Oslo: NK LMH; 2000. NK LMH-rapport 978-82-92686-40-9.
3. Blume BD, Ford JK, Baldwin TT, Huang JL. Transfer of training: a meta-analytic review. *Journal of Management*. 2010;(36):1065–105.
4. Botke JA, Jansen PGW, Svetlana N, Tims KM. Work factors influencing the transfer stages of soft skills training: a literature review. *Educational Research Review*. 2018;(24):130–47.
5. Lim DH, Morris ML. Influence of trainee characteristics, instructional satisfaction, and organizational climate on perceived learning and training transfer. *Human Resour*. 2006;(17):85–115.

# Skal vi holde på gode medarbeidere, må vi investere i dem

Faglig engasjement, arbeidsglede og tett oppfølging av nyansatte har bidratt til det gode arbeidsmiljøet på transplantasjonskirurgisk sengepost ved Oslo universitetssykehus.

Utdanning

Fagutvikling

Transplantasjonsmedisin er en relativt ny medisinsk behandling. De første transplantasjonene i Norge skjedde i 1950-årene, men først på 1980-tallet ble det en etablert medisinsk behandling for pasienter med organsvikt.

Transplantasjonskirurgisk sengepost ved Oslo universitetssykehus (OUS), Rikshospitalet, har landsdekkende funksjon for transplantasjon av abdominale organer. Årlig gjennomføres det cirka 250 nyretransplantasjoner (av disse rundt 70 med levende giver), 100 levertransplantasjoner, 30 pankreastransplantasjoner og noen få øycelletransplantasjoner.

I tillegg gjennomføres det en rekke operasjoner for å klargjøre for fremtidig transplantasjon samt annen komplisert tumorkirurgi ved innvekst i organer og kar.

## **Pasientene må passes godt på**

Sengeposten har 45,8 stillingsjemler, som inkluderer ledere, fagsykepleiere, sykepleiere og en servicearbeider.

Sengeposten har en egen intermediaærenhet. De fleste pasientene kommer direkte hit fra operasjonsstuene. Her gjennomføres det avansert pasientbehandling som krever tett overvåkning og høy bemanning. Koronapandemien har vist hvor viktige disse intermediaærenhetene er for å avlaste intensivavdelingene (1).

Vanlig liggetid etter en ukomplisert nyretransplantasjon er en uke, der pasienten skal komme seg etter operasjonen og lære å leve som transplantert. Pasienter med andre organtransplantasjoner har lengre liggetid.

## «Transplantasjonskirurgisk sengepost er et ettertraktet sted å arbeide.»

En spesiell pasientgruppe er nyredonorene, altså friske personer som gjennomgår en operasjon for at noen andre som trenger det, skal få en ny nyre. Disse pasientene må også passes godt på.

Behovet for sykepleie på posten er variert og spenner fra intermediærpatienten, som trenger overvåkning, til svært komplekse pasienter med lang liggetid som trenger hjelp til alt, til pasienter som er helt selvhjulpne.

Vi arbeider svært selvstendig og samarbeider tett med andre yrkesgrupper. Stor variasjon i arbeidsoppgaver gjør transplantasjonskirurgisk sengepost til et ettertraktet sted å arbeide.

### **Opplæring er i fokus**

Vi er stolte av vår avdeling. Den årlige medarbeiderundersøkelsen viser at vi har svært fornøyde medarbeidere år etter år. Faget, utviklingen som tilbys, og det gode arbeidsmiljøet gir mindre turnover. Femten av våre ansatte har mer enn ti års erfaring fra sengeposten, ti ansatte har over tjue, og to har hele tretti års erfaring.

Men selv med lav turnover vil vi alltid miste gode medarbeidere. Noen tar videreutdanning, noen ønsker seg ut av turnusordninger, mens andre flytter. Vår erfaring er at det i hovedsak er ansatte med under ti års erfaring som slutter. Hvert år blir også noen gravide og går i foreldrepermisjon.

I snitt gjøres det rundt fem nyansettelser per år. Vi har opplevd flere ganger at medarbeidere som har sluttet, vender tilbake.

Opplæringsprogrammet vi har på sengeposten, startet på 1970-tallet. Ledelsen og fagsykepleierne har alltid prioritert opplæring og faglig engasjement høyt, noe som har bidratt til kulturen og det gode arbeidsmiljøet vi har i dag.

### **Riktig rekruttering er avgjørende**

Rekruttering av nye sykepleiere er viktig for å forme avdelingen i ønsket retning. Å lykkes med rekruttering over tid med mange dyktige medarbeidere vil øke avdelingens attraktivitet og tiltrekningskraft (2). Det er en leders ansvar å utvikle en kultur som gir i stedet for å ta energi (3).

Oslo universitetssykehus har en «100 prosent-politikk»: Vi tilstreber at alle som ønsker det, får full stilling.

Før et intervju er det viktig å definere hva vi er ute etter. Hvem som velges, har avgjørende betydning for alt fra prestasjoner til stemningen på arbeidsplassen (4). Man må ha i mente at jobben stadig er i endring, så evnen til å tilpasse seg er viktig (2).

## «En feilansettelse vil koste mye.»

Det er begrenset undervisning om transplantasjon i bachelorutdanningen i sykepleie; det meste må derfor læres. Det viktigste ved en rekruttering er ikke kunnskapsnivået den nyansatte har, men hvordan hun eller han vil passe inn i arbeidsmiljøet og tilegne seg ny kunnskap. Vi ønsker arbeidsglede, fokus på læring, kunnskap og motivasjon til videre utvikling hos personalet vårt.

En nyansatt sykepleier på transplantasjonskirurgisk sengepost har et halvt års opplæring. Den nyansatte går sammen med sin kontaktsykepleier de første tre månedene og regnes ikke som arbeidskraft i den perioden. Nyansattprogrammet krever både tid og penger, og en feilansettelse vil derfor koste mye.

## Vi investerer i våre medarbeidere

Rekrutteringsprosessen er ikke avsluttet når den nye sykepleieren blir ansatt og signerer kontrakt. Nyansattprogrammet introduserer den nyansatte for kollegaer og nye oppgaver. Det gir trygghet, lojalitet og tillit til arbeidsgiveren (2).

Det er en fordel for alle parter at det oppdages tidlig om nyansettelsen var et dårlig valg (4). På mange arbeidsplasser blir innfasingen nedprioritert (4). Feilansettelser og ansatte som bruker mer tid enn nødvendig på opplæringen, koster mer tid og penger.

Hva gjør vi for å skape gode medarbeidere? Transplantasjonskirurgisk sengepost er en høyspesialisert avdeling med et seks måneders opplæringsprogram. Gjennom opplæringsprogrammet viser vi den nyansatte at avdelingen investerer i sine medarbeidere (2).

Opplæringsprogrammet er et standardisert program med varighet på et år. Det første halve året er mest intenst, med kurs, veiledning, klinikerdager og sjekklister. Det siste halvåret er hovedsakelig veiledning.

Hvem kontaktsykepleieren skal være, vurderes nøye. For å fremme læring og skape trygghet legges det stor vekt på en god matching og personkjemi mellom den nyansatte og kontaktsykepleieren. Det er viktig at kontaktsykepleieren er sterk der den nyansatte trenger litt ekstra veiledning.

## Den viktigste læringen er uformell

En av de første dagene har fagutviklingssykepleieren en kort introduksjon om opplæringsperioden, om kurs, samtaler, følgedager og nyansattpermen. Vi forventer at den nyansatte leser all litteratur og tar alle kurs.

Denne – til tider tøffe – opplæringen gjør at de blir gode sykepleiere! De må gi seg selv tid, det tar lang tid å bli en god sykepleier, gjerne et år.

## «På pauserommet får den nyansatte informasjon om kultur og uskrevne regler.»

Det er viktig at lederen og kollegaene er godt forberedt på oppstartsdagen. Dersom lederen er fraværende og kontaktsykepleieren er på kurs, kan det gi et negativt førsteinntrykk. Den første dagen går med til å orientere den nyansatte, hilse på nye kollegaer, se avdelingen og bli kjent med systemene.

*Breaking-in*-fasen regnes gjerne som de første hundre dagene. I denne perioden kommer også gjerne virkelighetssjokket som mange kan kjenne på i startfasen. Etter en tid glir man over i *settling-in*-fasen, hvor man blir et etablert medlem av kollegiet (4). På avdelingen oppgir de ansatte at det kan ta så mye som tre år før de anser seg som over i den fasen.

Den viktigste læringen og tilpasningen foregår uformelt sammen med kollegaer. Den nyansatte får informasjon, utvikler kunnskap, lærer å utføre oppgaver, gjør vurderinger og utvikler holdninger. Taus kunnskap spres i hovedsak gjennom å jobbe med andre. På pauserommet får den nyansatte informasjon om kultur og uskrevne regler (4).

Det viktigste sosialiseringstiltaket er ikke kursing, men hvem den nyansatte jobber sammen med. Gjennom spørsmål, refleksjon, diskusjon, tilbakemelding og støtte skal den nyansatte finne sin nye rolle (4).

## Opplæringsprogrammet

Den nyansatte og kontaktsykepleieren går de samme vaktene minst i de første tre månedene, og helst de første seks månedene. De første månedene regnes de som en. Etter hvert får den nyansatte mer ansvar og går mer alene. Det gjøres individuelle endringer ved behov.

Opplæringsprogrammet følger OUS' Klinisk kompetanseprogram helsefag (6). Programmet er lagt inn i Kompetanseportalen. Leder, fagansvarlig og den nyansatte har oversikt over utviklingsløpet. I Kompetanseportalen ligger alle obligatoriske kurs som skal gjennomføres årlig.



Dette gjør vårt opplæringsprogram unikt:

### **Samtaler**

Seksjonslederen, fagutviklingssykepleieren, kontaktsykepleieren og den nyansatte har tre samtaler:

- etter en måned: målsamtalen. Den nyansatte har på forhånd skrevet hvilke mål vedkommende har for opplæringsperioden. Jo mer konkrete mål, desto bedre
- etter tre måneder: halvevaluering som går gjennom hvor langt den nyansatte har kommet, og hva som blir viktig i fortsettelsen
- etter seks måneder: sluttevaluering for å se at den nyansatte har kommet seg gjennom alle målene

### **Ny-til-ny-coach**

Selv om man har gjort en glimrende ansettelse som tilfredsstillende alle krav og forventninger, blir ikke den nyansatte et effektivt og fullverdig medlem av kollegiet fra første dag (4). Vi har erfart at selv om vi forberedte de nyansatte på at det kan være tøft å være ny, at de må senke forventningene til seg selv og gi seg tid til å bli «varme i trøya», opplever de likevel ofte den første perioden som overveldende.

## **«Det kan være vanskelig å snakke med en leder eller kontaktsykepleieren om hvordan opplæringen oppleves.»**

Vår erfaring er at det kan være vanskelig å snakke med en leder eller kontaktsykepleieren om hvordan opplæringen oppleves. Det var bakgrunnen for ordningen med ny-til-ny-coach, hvor den nyansatte og den som var nyansatt sist, møtes for en samtale om erfaringer og for å dele tips og triks.

Den nyansatte får innblikk i den andres nyansattopplevelse og får støtte av en kollega, mens den andre opplever økt selvtillit og mestringsfølelse av å kunne dele av sin erfaring.

### **Sjekkliste**

I nyansattperioden har den nyansatte en sjekkliste som gjennomgås med kontaktsykepleieren. Sjekklisten er en detaljert oversikt over blant annet aktuelle undersøkelser, medisiner, reaksjonsbehandling og tiltak ved akutte situasjoner. Hensikten med gjennomgangen er å sikre den nyansattes kunnskap om posten.

### **Klinikerdager**

Opplæringsprogrammet er standardisert. Fagutviklingssykepleieren planlegger opplæringen før den nyansatte begynner.

Det er tre klinikerdager hvor den nyansatte går sammen med fagutviklingssykepleieren. Den nyansatte velger ut hvilke pasienter og hvilke fokusområder hun eller han ønsker veiledning om i disse dagene. Meningen er å få den nyansatte til å reflektere over det vedkommende gjør, samtidig som fagutviklingssykepleieren får et bedre bilde av hvordan hun eller han fungerer i avdelingen.

- Dag 1 kommer etter omtrent en måned og er gjerne en kveldsvakt på intermediærrommet.
- Dag 2 kommer etter tre måneder og handler om opplæringen av pasientene. Pasientinformasjonen «Veien videre» og hvordan undervisning dokumenteres i pasientjournalen, gjennomgås.

Først har fagutviklingssykepleieren opplæring med en pasient mens den nyansatte følger med. Deretter er det den nyansatte som har opplæring med den neste pasienten mens fagutviklingssykepleieren observerer.

- Dag 3 kommer når den nyansatte har gått tre–fire uker alene.

### **Andre faste poster på programmet**

- «Tankevekkere» er en serie med faste spørsmål som den nyansatte forbereder seg på, og som gjennomgås sammen med fagutviklingssykepleieren. Jo bedre forberedt den nyansatte er, desto bedre utbytte får vedkommende. Eksempler på tankevekker-spørsmål:

Hvilke tanker gjør du deg om hva som er viktig å ta opp i innkomstsamtalen med en nyredonor?

Du får ansvaret for å ta imot en pasient ved innleggelse til nyretransplantasjon med avdød giver. Hva gjør du? Hva er spesielt med pankreas og lever i en slik situasjon?

- Etter fire–fem måneder følger den nyansatte en sekretær en dag og servicemedarbeideren en halv dag for å lære mer om helheten på posten og andre yrkesgrupper.

Den nyansatte får også være med på operasjon, en nyretransplantasjon med en levende giver. Den nyansatte følger først nyredonoren og ser på uttak av nyren, og følger deretter med nyren og ser på innsetting av nyren hos mottakeren.

- De tre første månedene går den nyansatte, sammen med kontaktsykepleieren, fire eller fem kvelder på intermediærstuen. Hit kommer nyre- og

pankreastransplanterte rett fra operasjon.

- Hvert halvår skal den nyansatte skrive to refleksjonsnotater. Den nyansatte blir oppfordret til å skrive om både vanskelige og positive opplevelser.

De positive bes hun eller han om å reflektere rundt: «Hvorfor ble dette en så fin dag?» Refleksjonsnotatet gjennomgås med kontakt- eller fagutviklingssykepleieren.

- Mot slutten av opplæringsperioden får den nyansatte teamlederopplæring med kontaktsykepleieren kveld–dag to til tre ganger. Det innebærer å ha ansvar for alle pasientene, være med på previsitt og gå visitter med kirurgene, og å fordele arbeidsoppgaver.

Teamlederen har ansvaret for avdelingen, drift og bemanning når lederen ikke er til stede på kvelds-, natte-, helge- og helligdagsvakter.

- Det arrangeres fire veiledningsdager, hvorav en halv dag er fordypning i litteratur og den andre halvdelen er satt av til veiledning. Fagutviklingssykepleieren leder disse veiledningene.

Vi tilstreber å ha fire–fem nyansatte i hver gruppe for å få et godt diskusjonsforum. På forhånd får de tilsendt temaet for veiledningen med litteraturtips.

### **Postens kurs**

I tillegg til obligatoriske kurs i regi av Oslo universitetssykehus har vi utviklet et eget kurs. Dette går over to dager og er rettet inn mot våre pasienter. Leger og sykepleiere fra posten foreleser, i tillegg til transplantasjonskoordinator, koordinerende sykepleier for levende givere og representanter fra medisinsk-teknisk utstyr.

Disse dagene har både teori og anatomi i tillegg til praktisk gjennomgang av det mest sentrale medisinsk-tekniske utstyret. De nyansatte får trykke på infusjonspumper, sprøytepumper, skop og liknende.

### **Nyansattpermen**

Den nyansatte får en perm med mye informasjon. Permen inneholder alt fra praktisk informasjon om døgnrytmen på posten til pasientinformasjonspermen «Veien videre» og en litteraturliste med relevante fagartikler. Her står også oversikter over datoer for kommende aktiviteter. Litteraturlisten er laget sammen med nyre- og gastromedisinsk sengepost og er delt inn i forskjellige organer og forskjellige sykepleiefokus.

Vi forventer at den nyansatte leser all litteratur. Vår erfaring er at litteraturen leses i løpet av det første året.

## **Turnus er et nødvendig onde**

Forskning viser at turnusarbeid er skadelig, spesielt på lang sikt (7). Samtidig er det ikke mulig å drive døgntkontinuerlig drift uten turnusarbeid. Utfordringen er å få turnusen til å være så gunstig som mulig for den enkeltes behov og helse.

Vi har fleksiturnus, der hver medarbeider har stor innflytelse på egen turnus. Mye av ansvaret ligger dermed på den enkelte ansatte – innenfor lovens rammer. Vi har mye oppmerksomhet på helse og turnus, og har undervisning og turnussamtaler med alle ansatte. Verneombudet er involvert og går gjennom alles turnus, og kommer med råd og veiledning.

Mange av de ansatte er unge og spreke, og selv om de ikke synes det er noe problem med tett vaktoppsett, mye kveld–dag og lite hviletid, opplyses de om at dette kan være negativt på sikt.

## **Hvordan holder vi på gode medarbeidere?**

Dagens arbeidsliv preges av stadige endringer, og folk er kompetente og opptatt av sine karrierer. De ansattes forventninger om personlig og profesjonell utvikling kan by på utfordringer for arbeidsgivere (8). For ledere blir det vanskelig å veie tilbud om utvikling til de ansatte opp mot hva arbeidsplassen får igjen for det.

Oslo universitetssykehus har opplevd at sykepleiere får dekket videreutdanning, men at de etter endt utdanning og bindingstid bytter arbeidsplass. Forskningsmiljøene ønsker økt masterkompetanse inn i sykehuset, gjerne med stillinger som er delt mellom fag/forskning og pasientnær behandling.

## **«Vi må investere videre!»**

Det kommer ikke mer ressurser eller nye stillingshjemler, så hvem skal arbeide pasientnært mens de ansatte videreutdanner seg?

Medarbeidere slutter hos oss som regel fordi de skal flytte hjem eller ta videreutdanning. Majoriteten søker seg til operasjon, intensiv eller helsesykepleier.

I 2019 startet vi en prosess for fagutvikling og videreutdanning, for å beholde medarbeidere vi har lagt mye energi og midler i. Vi må investere videre!

Forsker Marit Helen Andersen har vært en sterk pådriver i denne prosessen. Hun har tidligere sørget for at flere sykepleiere har kommet gjennom både doktorgrads- og masterprogram:

- En fagsykepleier startet doktorgrad høsten 2019.
- En annen fagsykepleier disputerte høsten 2020.
- En sykepleier startet masterprogram i sykepleievitenskap.
- Lederen startet master i verdibasert ledelse høsten 2019.
- En sykepleier startet på videreutdanning i nyresykepleie i 2020.
- To sykepleiere har tatt 10 studiepoeng i veiledning.
- En sykepleier har 15 studiepoeng i kunnskapsbasert praksis.
- Flere sykepleiere går klinisk spesialist-programmet.

Ved studiestart inngås det en kontrakt, hvor ledelsen forplikter seg til å tilrettelegge for og betale studiet mot en bindingstid ved avdelingen samt at temaet for masteroppgaven velges i samråd med fagutviklingssykepleieren og ledelse.

## **Faglig nysgjerrighet smitter**

Så hvorfor vil vi alt dette? Det er viktig å bevare dyktige og faglig engasjerte medarbeidere ved at de får utvikle seg videre hos oss. Vi ønsker å få hele faget opp og frem. Vi er en avdeling med nasjonal funksjon, og vi har et ansvar for forskning og utvikling, både i Norge og internasjonalt.

Norge er et lite land, men som transplantasjonssenter er vår avdeling ganske stor. Avdelingen har satset stort på forskning gjort av sykepleiere. Både Marit Helen Andersen, Käthe Meyer, Kjersti Lønning og Kari Gire Dahl har skrevet sine avhandlinger innen transplantasjonsfeltet, og alle arbeider fortsatt ved avdeling for transplantasjonsmedisin.

## **«Det er lederens ansvar å utvikle en kultur og et arbeidsmiljø som hindrer hjemlengselen.»**

I januar 2021 ble det opprettet et helsefaglig forskningssenter ved avdeling for transplantasjonsmedisin for å arbeide systematisk med kompetanseutvikling og forskning i vårt miljø.

Hva gjøres for at vi ikke skal miste kompetansen? Dette er en utfordring vi må jobbe videre med. Noen aspekter av denne utfordringen synes vanskelige, som at enkelte flytter hjem. Det er lederens ansvar å utvikle en kultur og et arbeidsmiljø som hindrer hjemlengselen (9). Engasjement og faglig nysgjerrighet smitter og blir en del av kulturen.

## Moderne sykepleiere vil opp og frem

Å investere i god opplæring er et gode for posten når sykepleierne arbeider her. Når de slutter her og begynner på andre avdelinger eller andre sykehus, har de med seg en kompetanse som er nyttig i all sykepleie. God opplæring er en god investering for samfunnet.

Konklusjonen er at satsing på arbeidsmiljø, god rekruttering, god opplæring, faglige utfordringer, variasjon og utviklingsmuligheter er suksessfaktorer for en god arbeidsplass – det kommer både den enkelte medarbeideren, arbeidsgiveren og pasientene til gode.

Vi ser at moderne sykepleiere vil opp og frem. Snittet for å komme inn på bachelor i sykepleie øker, og med det kommer mer karrierelystne ansatte. Om vi ikke skal miste sykepleiere til annen videreutdanning, må vi sette inn tiltak for å bevare dem i transplantasjonsmiljøet.

Vi er nå i gang med å utvikle et kompetanseprogram for erfarne sykepleiere. Dette programmet skal bestå av undervisningsdager, hospitering, relevant litteratur og en avsluttende eksamen.

Programmet skal etter planen tilbys sykepleiere med mer enn tre års erfaring og gi den enkelte både kompetanseheving og et lønnstillegg. Sykepleierne kan på den måten bygge karriere på sengeposten.

## Referanser

1. Lutro O, Holten AR, Wæhre T, Maagaard A, Pettersen E, Berdal JE, et al. Syv infeksjonsleger: Hele helsetjenesten må fungere for å bruke intensivplassene riktig. Aftenposten, kronikk. 19. mars 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/pAKpd6/syv-infeksjonsleger-hele-helsetjenesten-maa-fungere-for-aa-bruke-intens> (nedlastet 19.07.2021).
2. Kuvaas B, Dysvik A. Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HMR. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
3. Haver A, Stålsett G. Følelser bør brukes som et kompass i lederskap. Forskersonen.no. 2. februar 2020. Tilgjengelig fra: <https://forskersonen.no/arbeid-kronikk-ledelse-og-organisasjon/folelser-bor-brukes-som-et-kompass-i-lederskap/1631422> (nedlastet 19.07.2021).
4. Haaland FH. Å knytte bånd. Oslo: Gyldendal; 2019.
5. Lai L. Strategisk kompetanseledelse. Oslo: Vigmostad & Bjørke; 2013.

6. Høghaug G. Klinisk kompetanseprogram helsefag. Oslo universitetssykehus. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/26330> (nedlastet 16.09.2021).
7. Kleiven M. Tåler vi turnus? Erfaringer og anbefalinger om turnus og helse. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/hNQmuc7hzFrPt1Da4MYUCNBSnwZttcO8i1VCPokHeNZF1FxOxS.pdf> (nedlastet 19.07.2021).
8. Skogstad A. Den psykologiske kontrakt mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. I: Einarsen S, Skogstad A, red. Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger. Bergen: Fagbokforlaget; 2005.
9. Gundersen M-BS. Sengepost som varig arbeidsplass for sykepleiere – en lederutfordring? Hvorfor slutter sykepleiere i jobben sin på sengepost på sykehus? [masteroppgave]. Bergen: Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet; 2018.

#### FAGUTVIKLING

# Samarbeid gir bedre praksisstudier i intensivsykepleie

Et prosjekt førte til bedre samarbeid mellom master- og videreutdanningen i intensivsykepleie ved Oslomet og Hjertemedisinsk intensiv og overvåking ved Ullevål sykehus.

Veiledning

Hjerte- og karsykdom

Intensiv

Praksisstudier

Artikkelen beskriver et samarbeidsprosjekt mellom master- og videreutdanningen i intensivsykepleie ved Oslomet – storbyuniversitetet og Hjertemedisinsk intensiv og overvåking (HIO) ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Målet med prosjektet var å kvalitetssikre studentenes læringsutbytte i praksisstudiene ved HIO. Praksisveiledningen for studentene har blitt styrket ved å innføre et kompetanseutviklingsprogram for deres praksisstudier.

I henhold til Meld. St. 10 (2012–2013) er kompetanseutvikling en viktig faktor for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten (1). Pasienter med hjertesykdom er en omfattende målgruppe for intensivsykepleiere.

Hjertesykdom er en av de hyppigste dødsårsakene for både kvinner og menn i Norge (2). At studentene får strukturert veiledning i helsehjelp til denne pasientgruppen, kan bidra til økt pasientsikkerhet (1, 3).

## **Bakgrunnen for studien**

Praksisstudiene ved master- og videreutdanningen i intensivsykepleie omfatter 45 studiepoeng, totalt 30 uker (3). Studentene ved Oslomet har praksisstudier ved ulike intensiv- og overvåkningsavdelinger ved flere sykehus i Oslo og Viken. Praksisstudiene fordeles over tre semestre i utdanningen.

Praksisstudier i spesialisthelsetjenesten er en avgjørende kvalifikasjonsarena for å utvikle handlingskompetanse i intensivsykepleie og utøve kunnskapsbasert praksis. Det vil si at helsehjelpen pasienten tilbys, baseres på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap (4).

## **«Relevante praksisstudier er viktig for å øke arbeidslivsrelevansen i høyere utdanning.»**

Å utøve faglig forsvarlig intensivsykepleie må læres i direkte samhandling med pasienter og pårørende. Bare på den måten kan studentene få erfaringer og utfordringer som er komplekse nok til at læringsutbyttet for utdanningen kan nås.

I sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter må beslutninger ofte fattes raskt. Gjennom praksisstudiene tilegner studentene seg praktisk erfaring slik at de kan utvikle en umiddelbar forståelse av pasientsituasjoner og hvilken kunnskap og handling situasjonen krever. Relevante praksisstudier er viktig for å øke arbeidslivsrelevansen i høyere utdanning (3, 5–8).

## **HIO er en viktig samarbeidspartner for universitetet**

HIO er en kombinert hjerteintensiv- og overvåkningsavdeling med 13 sengeplasser, hvorav tre er respiratorplasser. Avdelingen behandler akutt og kritisk syke pasienter med hjertesykdom, men også pasienter med andre alvorlige medisinske diagnoser.



HIO har regionansvar for å behandle pasienter med ST-elevasjons hjerteinfarkt (STEMI), pasienter med hjertestans med sannsynlig kardial årsak samt andre kritisk syke hjertepasienter fra store deler av østlandsområdet.

Avdelingen er en viktig samarbeidspartner for universitetets master- og videreutdanning i intensivsykepleie og har til enhver tid tre–fire studenter fra Oslomet. Studentene har fem–sju ukers praksisstudier i avdelingen.

## **Prosjektet omfattet kompetanseutvikling for praksisstudier**

Prosjektet var et kvalitetsforbedringsarbeid og gikk ut på å utvikle og implementere et kompetanseutviklingsprogram for praksisstudier i hjertemedisinsk intensivsykepleie, som er beskrevet i tabell 1 og figur 1.

Programmet omfattet helsehjelp ved akutte kardiovaskulære tilstander og problemstillinger som er typisk for avdelingen, som akutt koronarsyndrom (AKS), akutt hjertesvikt og hjertearytmier. Prosjektperioden varte fra august 2019 til mars 2021.

AKS er den vanligste tilstanden som behandles i avdelingen, med over 1000 pasienter årlig. Pasienter med AKS utgjør omtrent halvparten av innleggelsene ved HIO, og flestparten av disse har STEMI. I tillegg behandles mange pasienter med akutt hjertesvikt.

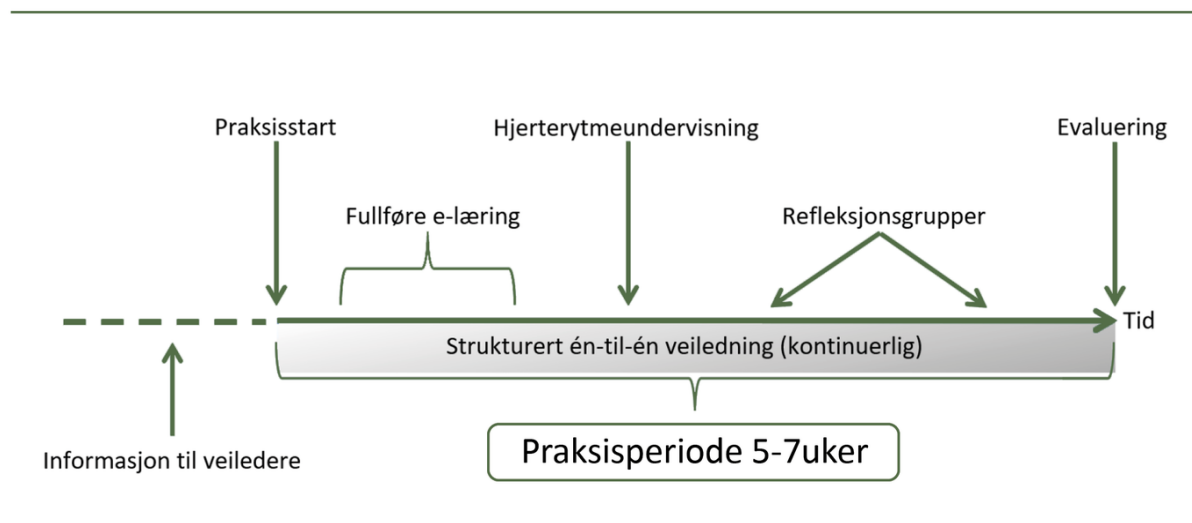
En del av disse har behov for ikke-invasiv overtrykksventilering (CPAP/BiPAP) (150–200 pasienter per år) og mekanisk sirkulasjonsstøtte (aortaballongpumpe og Impella) (30–40 pasienter per år). HIO overvåker også pasienter med hjertearytmier.

I tillegg til innlagte pasienter ved HIO overvåkes omtrent 3500 pasienter årlig med trådløs hjerterytmieovervåkning (telemetri) fordelt på sju medisinske sengeposter. Avdelingen behandler også hjertestanspasienter som har behov for respiratorbehandling og målrettet temperaturkontroll.

**Tabell 1.** Kompetanseutviklingsprogram for praksisstudier i hjertemedisinsk intensivsykepleie

Tema	Innhold	Ansvar for gjennomføring
Akutt koronarsyndrom	E-læringskurs om helsehjelp ved akutt koronarsyndrom Veiledning i refleksjonsgrupper om intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med STEMI Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner	Student Praksisveileder* og kontaktlærer* Praksisveileder*
Akutt hjertesvikt	E-læringskurs om helsehjelp ved akutt hjertesvikt Veiledning i refleksjonsgrupper om intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med akutt hjertesvikt Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner	Student Praksisveileder* og kontaktlærer* Student og praksisveileder*
Hjerterytmier	Seks timer med undervisning om systematisk hjerterytmeanalyse Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner	Praksisveileder* Student og praksisveileder*

\*Med praksisveileder menes fagpersonen fra praksisstedet som har ansvar for å følge opp studenten som er i praksis. Med kontaktlærer menes fagpersonen ved utdanningsinstitusjonen som utgjør et bindeledd mellom praksisstedet og utdanningen, og som bidrar i pedagogiske og faglige spørsmål (8, s. 15).

**Figur 1.** Kompetanseutviklingsprogram

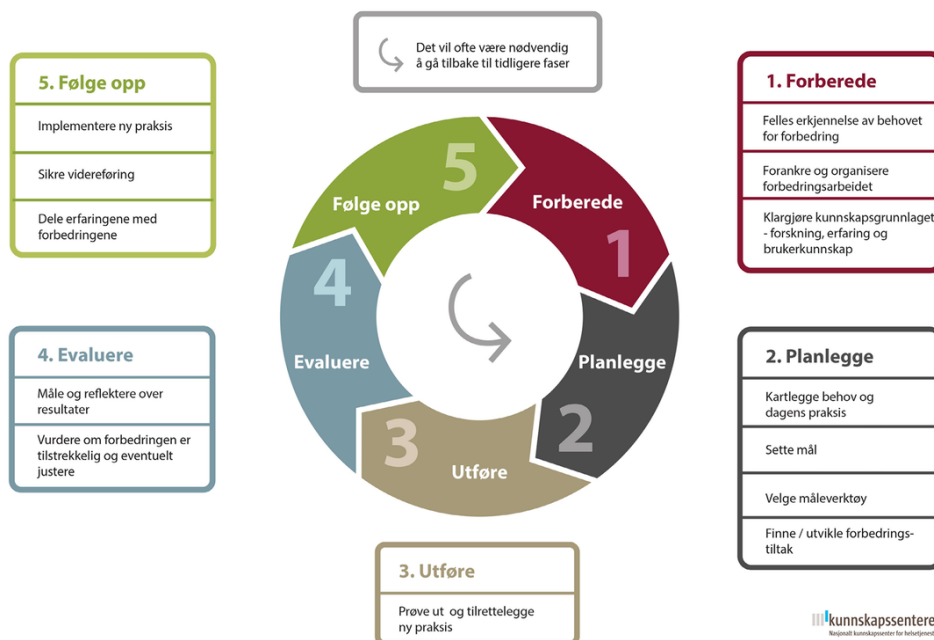
## Metode

På makronivå i arbeidsprosessen fulgte vi Kongsmo og medarbeideres (2015) modell for kvalitetsforbedring (se figur 2) (10). Modellen beskriver arbeidsprosessen ved kvalitetsforbedring som en femtrinnsprosess: *forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp*.

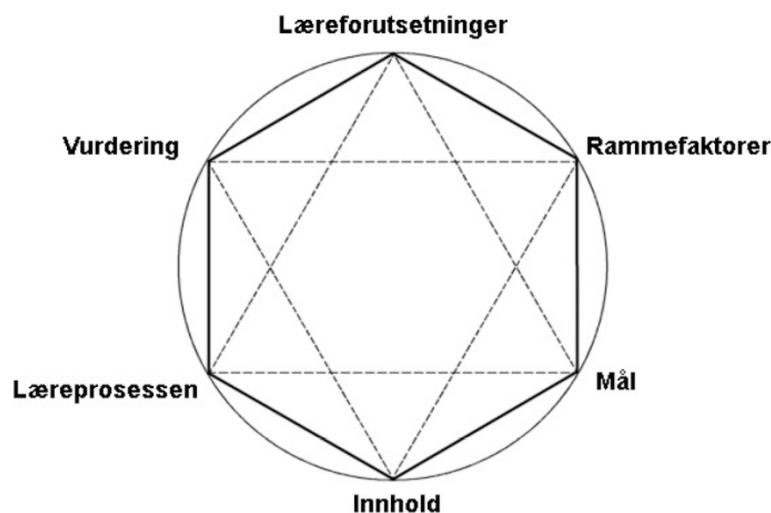
Modellen er en videreutvikling av Demings sirkel, en mye brukt modell for kvalitetsforbedring. På mikronivå i arbeidsprosessen brukte vi den didaktiske relasjonsmodellen for å utvikle selve programmet (se figur 3).

Didaktikk kan beskrives som praktisk-teoretisk planlegging, gjennomføring og kritisk analyse av undervisning og læring. Den didaktiske relasjonsmodellen omfatter ulike aspekter det er vanlig å ta hensyn til ved undervisning og veiledning (11).

Figur 2. Modell for kvalitetsforbedring (10)



Figur 3. Den didaktiske relasjonsmodellen (11)



## Avdelingen trengte mer struktur i veiledningen

Avdelingen erkjente et behov for å forbedre praksisveiledningen som studentene fikk tilbud om. Veiledningen var preget av manglende struktur. Praksisstudienes innhold var tilfeldig og i stor grad personavhengig ut ifra hvilke praksisveiledere studentene ble tildelt.

For å bevisstgjøre studentene om pasientens fysiske og psykiske sårbarhet ved akutt og kritisk hjertesykdom erfarte også utdanningsinstitusjonen at det var behov for mer strukturert innhold i praksisveiledningen.

I samarbeid med master- og videreutdanningen i intensivsykepleie fikk HIO økonomiske midler fra universitetets samarbeidsmidler. Avdelingen brukte midlene til å frikjøpe prosjektgruppen i ulike stillingsprosenter under prosjektperioden. Prosjektgruppen omfattet tre personer: praksiskoordinatoren ved avdelingen, en fagsykepleier fra avdelingen og en førstelektor fra utdanningen.

## **Studentene skulle oppfylle læringsutbyttebeskrivelsen**

Målet med prosjektet var å kvalitetssikre at studentene oppfylte læringsutbyttebeskrivelsen for praksisstudiene ved HIO (se tabell 2). Læringsutbyttebeskrivelsen for praksisstudiene ved HIO la grunnlaget for innholdet i programmet (se tabell 1).

## **«Læringsutbyttebeskrivelsen for praksisstudiene ved HIO la grunnlaget for innholdet i programmet.»**

Med læringsutbytte mener vi det som en person *vet, kan* og er i stand til å *gjøre*, som et resultat av en læringsprosess. Læringsutbytte uttrykkes i form av kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse (8, s. 16).

Nivået på læringsutbyttet for både master- og videreutdanningen i intensivsykepleie er på nivå 7: master (2. syklus), jamfør Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). NKR beskriver læringsutbytte for norske utdanninger og hvilket kvalifikasjonsnivå studentene skal ha etter fullført utdanning (12).

**Tabell 2.** Utdanningens læringsutbyttebeskrivelse for praksisstudier ved hjertemedisinsk intensiv og overvåking

Læringsutbytte	Betyr i praksis
Studenten har avansert kunnskap innenfor intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder.	Studenten kan drøfte intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder ved helsehjelp til pasienter med STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten har inngående kunnskap om intensivmedisinsk behandling av akutt og/eller kritisk syke.	Studenten kan drøfte medisinsk behandling ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten har avansert kunnskap om det å opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der det er truet.	Studenten kan drøfte intervensjoner for å opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der det er truet ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten har inngående kunnskap om pasientens og pårørendes opplevelser, reaksjoner og behov ved akutt og/eller kritisk sykdom i et alders- og flerkulturelt perspektiv.	Studenten kan drøfte pasientens og pårørendes opplevelser, reaksjoner og behov ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan observere, vurdere og identifisere pasientens generelle og spesielle behov, ressurser og problemer.	Studenten kan systematisk overvåke pasienter med STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der de er truet.	Studenten kan opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der de er truet ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan gjennomføre helt eller delvis kompenserende intensivsykepleie ved alvorlig svikt i pasientens ressurser for å ivareta sine grunnleggende behov.	Studenten kan gjennomføre helt eller delvis kompenserende intensivsykepleie ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan forebygge komplikasjoner ved akutt og kritisk sykdom, avansert medisinsk behandling og intensivsykepleie.	Studenten kan forebygge komplikasjoner ved helsehjelp til pasienter med STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan analysere og forholde seg kritisk til eksisterende teori og metoder innenfor avansert medisinsk behandling og intensivsykepleie.	Studenten kan analysere og forholde seg kritisk til eksisterende teori og metoder for helsehjelp ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.

Etter systematiske kunnskapssøk utarbeidet prosjektgruppen kompetanseutviklingsprogrammet høsten 2019. For å bestemme læreprosessen tok arbeidsgruppen utgangspunkt i det didaktiske redskapet MAKVIS, som står for *motivasjon, aktivisering, konkretisering, variasjon, individualisering og samarbeid* (14).

MAKVIS kan brukes som overordnede prinsipper ved undervisning og veiledning, men man trenger ikke å følge alle prinsippene slavisk (15).

## Studentene fikk også e-læringskurs

For å skape variasjon i læreprosessen og motivere og aktivisere studentene valgte prosjektgruppen å bruke ulike didaktiske metoder som til sammen kunne bidra til studentenes læring. Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner var den tradisjonelle måten praksisveiledningen ble gjennomført på i avdelingen.

Det vil si at hver student ble tildelt en praksisveileder som veiledet «bedside» i pasientsituasjoner. Denne formen for veiledning ble nå styrket med e-læringskurs, veiledning av studentene i refleksjonsgrupper og en undervisningsdag om systematisk hjerterytmianalyse.

Det er ulike meninger om hvilken effekt e-læringskurs har for å utvikle helsepersonells kompetanse (16–18). Prosjektgruppen valgte allikevel å bruke e-læringskurs som en av flere didaktiske metoder.

## **«Det er ulike meninger om hvilken effekt e-læringskurs har for å utvikle helsepersonells kompetanse.»**

Hensikten med e-læringskursene var å konkretisere innholdet ved å gi studentene en rask oversikt over pasientforløpene og behandlingsprinsippene ved AKS og akutt hjertesvikt. Vi ønsket også å dra nytte av andre fordeler med å bruke e-læringskurs, som at kursinnholdet er standardisert, slik at studentene får like læringsmuligheter.

E-læringskursene kan også bidra til å aktivisere studentene ved at kursene alltid er tilgjengelige og kan gjennomføres i rolige perioder i avdelingen. I samarbeid med sykehusets kompetanseutviklingsavdeling utviklet prosjektgruppen kursene, som omfattet informasjonsfilmer og tekstsider.

### **Refleksjonsgrupper var positivt for studentene**

Refleksjon beskrives som et viktig element i praksisstudier (19). Men det er ikke alltid mulig å få tid til refleksjon ved én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner. Pasientens fysiske og psykiske tilstand ved akutt og kritisk sykdom kan begrense denne muligheten.

Prosjektgruppen valgte derfor å sette av hele dager til refleksjon med studentene. Refleksjonsgruppene omfattet tre–fire studenter, og praksiskoordinatoren fra avdelingen og kontaktlæreren fra universitetet ledet veiledningen.

Refleksjonsgrupper med få studenter som ledes av en lærer og/eller praksisveileder, synes studentene er positivt. Det kan gi dem arenaer for faglig refleksjon underveis i praksisstudiene. Denne formen for veiledning kan aktivisere studentene og kan også bidra til å knytte teori og praksis sammen (5, 20).

At kontaktlæreren er med på å lede veiledningen, bidrar til at vedkommende må holde seg oppdatert i praksisfeltets problemstillinger. Slik oppdatering beskrives som en av kvalitetsindikatorerne for å fremme kvalitet i praksisstudiene (8, s. 7).

### **Veiledningen tok utgangspunkt i pasientcaser**

Veiledningen i refleksjonsgruppene omfattet en systematisk gjennomgang av intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med STEMI og akutt hjertesvikt. Veiledningen tok utgangspunkt i reelle pasientcaser og fokuserte på å ivareta ABCDE-prinsippene i helsehjelpen pasienten trenger. Pasientens psykososiale behov ble også vektlagt.

Undervisningen om systematisk hjerterytmearalyse omfattet å gå igjennom hjertets ledningssystem, forklare hva bølgene i EKG-et representerer, utregne hjertefrekvens, måle de ulike intervallene (PQ, QRS, QT) og vurdere ST-segmetet.

Videre i undervisningen ble de vanligste hjerterytmeforstyrrelsene presentert og forklart av ressurspersoner i avdelingen. Innholdet ble konkretisert ved at det ble vist aktuelle EKG-eksempler underveis i undervisningen. For å aktivisere studentene fikk de utlevert flere EKG-utskrifter som de selv skulle forsøke å analysere.

## **Praksisveilederne må få kunnskap om programmet**

Gjennomføringen av programmet startet 3. februar 2020. I løpet av perioden februar 2020–mars 2021 hadde 14 studenter vært igjennom programmet.

For å kunne støtte studentene i deres læring og utvikling må praksisveiledere kjenne til utdanningens læringsutbyttebeskrivelser, innhold, arbeidsmåter, vurderingsformer og øvrige rammebetingelser (8, s. 51).

## **«For å være forberedt skulle studentene arbeide med e-læringsprogrammene før de hadde veiledning i refleksjonsgruppene.»**

I starten av hver praksisperiode fikk derfor praksisveilederne informasjon om hensikten med programmet, programmets innhold og forventet læringsutbytte. Veilederne fikk også utdelt lommekort med råd for én-til-én-veiledningen med studentene.

For å være forberedt skulle studentene arbeide med e-læringsprogrammene før de hadde veiledning i refleksjonsgruppene. Veiledningen i refleksjonsgruppene ble gjennomført to ganger à fem timer i løpet av perioden studentene var i avdelingen.

Det vil si at hver student var med på to gruppeveiledninger: én dag om helsehjelp ved STEMI og én dag om helsehjelp ved akutt hjertesvikt. På grunn av smittevernregler under covid-19-pandemien ble gruppeveiledningen gjennomført digitalt på Microsoft Teams.

## Prosjektet førte til bedre samarbeid

Kvaliteten i praksisstudier kan som nevnt knyttes til *struktur, samarbeid og veiledning*. Prosjektet førte til et bedre samarbeid mellom avdelingen og utdanningen. Avdelingen fikk mer kunnskap om utdanningen, og utdanningen fikk mer kunnskap om avdelingen og helsehjelpen pasienten trenger ved akutt og kritisk hjertesykdom.

Tilbakemeldingen fra studenter var at programmet fremmet struktur og forutsigbarhet i veiledningen. De uttalte at programmet bidro til

- å gjøre praksisstudiene i avdelingen meningsfulle
- at de i større grad så helheten i pasientsituasjonen ved STEMI og akutt hjertesvikt
- at de fikk økt handlingsberedskap og -kompetanse, og i større grad var forberedt i ulike pasientsituasjoner

Vi erfarte at aktiviteten fra studentene og samarbeidet mellom dem varierte i veiledningen. Det var lett for studentene å «gjemme» seg bak en svart skjerm. Den sosiokulturelle læringsprosessen der studentene deltar og bidrar i et læringsfellesskap med medstudenter, ble derfor muligens redusert.

## Kvalitetsforbedringsarbeid må endre praksis

Hensikten med kvalitetsforbedringsarbeid er å endre praksis og skape vedvarende forbedringer (10, 21). Det vil si at forbedringen ikke lenger oppleves som en ekstra arbeidsprosess, men er en integrert og fast del av virksomheten (22).

Programmet vil derfor fortsette ut over prosjektperioden. HIO ønsker også å utvikle programmet med innhold om etterbehandling ved hjertestans. Personer som har hatt hjertestans, utgjør den største andelen av avdelingens pasienter som trenger respiratorbehandling. HIO har derfor spesiell kompetanse på denne behandlingsmetoden.

## Referanser

1. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
2. Folkehelseinstituttet (FHI). Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon. Oslo: FHI; 2018.
3. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2005.



4. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2013.
5. Billett S, Cain, M, Le AH. Augmenting higher education students' work experiences: preferred purposes and processes. *Studies in Higher Education*, 2018;43(7):1279–94.
6. Fetcher E, Kantardjiev K, Skeidsvoll KJ. Hva sier forskning, rapporter og evalueringer om kvalitet i praksis? Del av prosjektet Operasjon praksis 2018–2020. Oslo: NOKUT; 2019.
7. Meld. St. 16 (2016–2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2016.
8. Universitets- og høgskolerådet (UHR). Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: praksisprosjektet. Oslo: UHR; 2016.
9. Oslo universitetssykehus (OUS). Hjertemedisinsk intensiv og overvåkning. Kompetanseutviklingsmodell i hjertemedisinsk intensivsykepleie. Oslo: OUS; 2021. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/136320> (hentet 08.12.2021).
10. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.
11. Hiim H, Hippe E. Praksisveiledning i lærerutdanningen: en didaktisk veiledningsstrategi. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.
12. Kunnskapsdepartementet. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2011.
13. Oslomet. Videreutdanning i intensivsykepleie. Programplan. Oslo: Oslomet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/programplan/VUINTEN/2018/HØST> (nedlastet 08.12.2021).
14. Sylte AL. Profesjonspedagogikk: profesjonsretting/yrkesretting av pedagogikk og didaktikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
15. Lyngsnes K, Rismark M. Didaktisk arbeid. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.

16. Vaona A, Banzi R, Kwag KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, et al. E-learning for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;1(1):CD011736.
17. Voutilainen A, Saaranen T, Sormunen M. Conventional vs. e-learning in nursing education: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today.* 2017;50:97–103.
18. Warriner DR, Bayley M, Shi Y, Lawford PV, Narracott A, Fenner J. Computer model for the cardiovascular system: development of an e-learning tool for teaching medical students. *BMC Medical Education.* 2017;17:220.
19. Kantardjiev K, Wiggen KS, Kristiansen E. Praksis sett fra studieprogramleders perspektiv. Del av prosjektet Operasjon praksis 2018–2020. Oslo: NOKUT; 2019.
20. Helseth IA, Fetscher E, Wiggen KS. Praksis i høyere utdanning – gode eksempler. Del av prosjektet Operasjon praksis 2018–2020. Oslo: NOKUT; 2019.
21. Maher L, Gustafson D, Evans A. Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis. 4. utg. Århus: Defactum; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.defactum.dk/> (nedlastet 01.11.2021).
22. Stubberud D-G. Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.

## FAGUTVIKLING

# I psykisk helsearbeid er relasjonen grunnlaget for helsehjelpen

Tilfriskning fra en psykisk lidelse eller ruslidelse kan skje utenfor tradisjonelle terapeutiske rammer, på biltur, i sosialt samvær og på andre hverdagslige arenaer.

Psykisk helse

Psykisk helsearbeid

Rusomsorg

Rusmisbruk

Helt sentralt for sykepleiefaglig psykisk helse og rus-arbeid (PHR) er interaksjonen mellom den som gir og den som får helsehjelp. Relasjonen mellom brukere og sykepleiere er grunnlaget for helsehjelpen (1).

Mye av helsehjelpen utføres i kommunene, som har et viktig ansvar for å yte psykisk helse og rus-tjenester av god kvalitet. Her er sykepleiere sentrale i den hjelpen som gis til innbyggere med psykisk helse- og/eller rusproblemer (2).

Sykepleie innen PHR er et sammensatt fagfelt. Denne artikkelen tar utgangspunkt i et verdigrunnlag som er basert på et humanistisk orientert menneskesyn, fremfor en psykiatrisk og biomedisinsk forståelse av psykiske lidelser og rusproblemer (3, 4).

### ***Recovery er subjektivt***

Over lengre tid har det vært en recovery-orientering av helsetjenestene innen PHR, og flere kommuner har recovery-orientering av sine tjenester som et uttalt mål (5, 6).

Recovery-tankegangen har sitt utspring i en bevegelse for menneskerettigheter og tilgang på bedre helse- og sosialtjenester i USA på 1960-tallet, i en tid med store sosiale forskjeller (7).

### **«Recovery ble ansett som en dypt personlig prosess.»**

Recovery som idé og praksis fikk økt fotfeste på 1980- og 1990-tallet og ble i sin tidlige form beskrevet som den subjektive opplevelsen det er å komme seg fra en psykisk lidelse. Recovery ble ansett som en dypt personlig prosess, noe som igjen åpnet for ideen om at tilfriskning fra psykiske lidelser også kunne forekomme på arenaer utenfor det etablerte tjenesteapparatet (8, 9).

Kunnskapen om recovery-orienterte tjenester i Norge øker stadig. Denne artikkelen har til hensikt å bidra med ny kunnskap om hvordan sykepleiere praktiserer relasjonell recovery innen PHR.

## **Bakgrunn**

### ***Sosiale ulikheter hindrer tilfriskning***

Det er flere måter å forstå og praktisere recovery på. Kunnskapen om og oppfatningen av bedringsprosesser har endret seg fra å se mest på individuelle prosesser til heller å fokusere på sosiale møteplasser og arenaer hvor tilhørighet og håp kan utspille seg (10).

Nyere forskning på recovery har utforsket og beskrevet sosiale opplevelser som fundamentalt i bedringsprosesser, og er et utgangspunkt for å stille spørsmål ved helsehjelp og behandling som skjer individuelt, utenfor sosiale rammer og interaksjoner. Mange personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer opplever at sosial ulikhet og eksklusjon fra lokalmiljøet er et hinder i tilfriskningsprosessen (11).

Ulike barrierer i bedringsprosesser har blitt beskrevet av brukerbevegelsen Recovery in the bin, som hevder at personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser opplever utfordringer i tilfriskningsprosesser på grunn av marginalisering, stigmatisering, sosialt utenforskap, dårlig tilgang til helsehjelp og vanskelige økonomiske forhold (12).

Price-Robertson, Obradovic og Morgan (13) utfordrer stereotypiske oppfatninger av brukere som enslige, barnløse personer hvor tilfriskning kjennetegnes av selvstendighet og deltakelse i arbeid. Godt psykisk helse og rus-arbeid kan blant annet handle om å motvirke diskriminering og stigma og redusere systemisk diskriminering, bidra til at helsehjelp skal være lett tilgjengelig for alle, og gjøre det lettere for brukere å finne frem i et fragmentert helse- og velferdssystem (14, 15).

Med andre ord er det viktig å rette et kritisk blikk mot systemnivået i helse- og velferdssystemet og mot sosiale ulikheter i samfunnet for å adressere forhold som medvirker til dårligere tilgang på helsehjelp, og som kan hemme tilfriskningsprosesser.

### ***Sykepleieren skal ikke krenke***

I den mer praktiske utøvelsen av sykepleie rettes blikket primært mot det mellommenneskelige møtet. Ifølge Barker kan sykepleie innen psykisk helsearbeid beskrives slik: «Når sykepleieren hjelper den andre med å utforske måter å vokse og utvikle seg på som menneske, og bidrar til å forme en forståelse for hvordan man lever med og kanskje kan bevege seg ut fra sine problemer, utøves sykepleien på et praktisk plan» (16, s. 3).

### **«Sykepleierens rolle er å skape rom for skjønn og ettertanke.»**

Det mellommenneskelige møtet handler først og fremst om å rette oppmerksomheten mot den andre og å beholde roen og konsentrasjonen i møte med andres lidelse, samtidig som man kan undre seg over den andres liv og væren (15). Sykepleierens rolle og funksjon i PHR er å innta en holdning om ikke å krenke og å skape rom for skjønn og ettertanke (16).

Studier som undersøker relasjonell sykepleie og sammenhengen det kan ha med tilfriskningsprosesser, er i liten grad gjennomført i en norsk kontekst.

Problemstillingen som denne artikkelen søker å besvare, er: Hvordan beskrives og praktiseres relasjonelt arbeid av sykepleiere innen kommunalt psykisk helse og rusarbeid, og hvordan kan dette ses i sammenheng med tilfriskning fra psykisk helse- og/eller rus-problemer?

## **Etiske vurderinger**

Før datainnsamlingen ble gjennomført, ble det sendt en forespørsel om forhåndsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK vurderte at studien ikke var søknadspliktig, og viste til Norsk senter for forskningsdata. I og med at kommunen hvor studien ble utført, har et eget personvernombud, fungerer personvernombudet som databehandlingsansvarlig etter avtale med NSD.

Personvernombudet var med på utformingen av informert samtykke, behandling av filer / datasikkerhet og sikker sletting av lydfiler. Studien ble godkjent av avdelingslederen på avdelingen.

Til en studie som blir gjennomført på egen arbeidsplass, stiller NSD særskilte krav til tydeliggjøring av frivillighet, et tydelig skille mellom kollega og forsker, tilgang til opplysninger og informasjon om taushetsplikt (17).

## **Metode**

Utvalget besto av fire kvinner og en mann. Alle er sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og alle har lang og variert erfaring. For å strukturere intervjuene benyttet jeg to åpne spørsmål som utgangspunkt:

Hvordan jobber du for å styrke relasjonen mellom deg og bruker?

På hvilken måte vil du beskrive hvordan relasjonelt arbeid kan ha sammenheng med tilfriskning (recovery) fra psykisk helse og rus-lidelse?

Undervis i intervjuene stilte jeg utdypende spørsmål. Etter intervjuene brukte jeg Braun og Clarkes (18) tematiske innholdsanalyse for å analysere datamaterialet. Meningsenheter ble grovsortert, og jeg utviklet koder som dannet utgangspunktet for temaene.

Datamaterialet ble sortert i en matrise (se tabell 1). I utviklingen av temaer så jeg på datamaterialet i lys av radikale praksiser beskrevet av Oute, Ness og Glasdam, som vektlegger sosiale aspekter av tilfriskningsprosesser basert på humanistiske og sosialt orienterte forståelser av personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer på en måte som ikke begrenser deres autonomi og myndighet (4).

**Tabell 1.** Utdrag av oversikt over meningsenheter, koder og temaer

Eksempel på meningsenhet	Koder	Temaer
«Jeg bruker bestandig tid på å bli kjent, men helt fra starten av har jeg i bakhodet at bolig og økonomi er kjempeviktige faktorer for at mennesker skal kunne komme seg videre, og veldig mange i den gruppa som jeg jobber med, har problemer med bolig og økonomi. Hvis man ikke har økonomi og bolig på plass, er det etter min mening slik at man ikke kommer noen vei i det hele tatt. Derfor hjelper jeg til med å søke og ordne med papirer.» (SPL1)	Være aktive sammen Fleksibilitet En involverende tjenesteyter Mestringstro Bevege seg utenfor det forventede	Mellom omsorg og utvikling
«Jeg tenker at relasjoner som gir håp, er kjempeviktig. At vi kan være formidlere av håp, og at vi faktisk kan hjelpe til med å gjøre ting bedre. Har du ikke håp, så er det fryktelig vanskelig å få gjort noe som helst, det å ha drømmer, hva man kan oppnå ... Jeg vet at mange av våre brukere har masse ressurser, mange er kjempeflinke til mye.» (SPL4)	Styrkebasert tilnærming Lyttende Redusere forutinntatthet Øke egenverd Egenstyrke Adressere stigma	Å jobbe relasjonelt handler om å innta en holdning og et standpunkt

## Mellom omsorg og utvikling

### ***Brukerne skal ha en funksjonell bosituasjon***

Sykepleiere i denne studien beskriver relasjonell recovery som en balansegang mellom å gi omsorg og trygghet på den ene siden og på den andre siden å skape rom og arenaer for utvikling. En god og stabil bosituasjon nevnes av deltakerne som en forutsetning for god helsehjelp.

Dette kommer tydelig frem i intervjuene, hvor deltakerne er opptatt av at brukerne skal ha en funksjonell bosituasjon. I det følgende utdraget beskriver en deltaker hvordan en slik prosess kan arte seg i et relasjonelt samarbeid:

«Jeg prøver å være på tilbudssiden i forhold til ting som er viktig for den enkelte bruker å få gjort. I ett tilfelle møtte jeg en bruker som hadde mange utfordringer, men særlig var bosituasjonen hans håpløs. Jeg tenkte at så lenge ikke bosituasjonen ikke er i orden, så nytter det ikke å holde på med det andre.

### **«Å gjøre noe ekstra eller uventet kan skape arenaer for relasjonell recovery.»**

Da ble vi enige om at jeg skulle bistå brukeren med å gjøre det som måtte gjøres, da var jeg litt utenfor, men da var vi på visning på kveldstid for å hjelpe han med å finne seg et nytt sted å bo. Så hvis visningen er klokken 5, så dro vi ut og gjorde det.

Jeg hjalp litt til også i hjemmet med å få kjørt ting unna, jeg var ikke så opptatt av hva som var ordlyden i vedtaket, men heller hva brukeren hadde behov for. Så lenge jeg ikke føler at det er en forventning, så gjør jeg gjerne det. Det merker jo også brukeren, og dette er med på å styrke relasjonen.» (SPL5)

Sykepleieren tar et tydelig standpunkt om hva som er «innenfor» og «utenfor» de avtalte forventningene om hjelp. Å gjøre noe ekstra eller uventet kan skape arenaer for relasjonell recovery og kan forstås som en bevegelse vekk fra individuelle prosesser og over til relasjonelle opplevelser som utgangspunkt for bedring.

### ***Å være sammen er å gjøre noe sammen***

Den samme deltakeren utdyper dette med et annet scenario. Å være sammen kan like mye handle om å gjøre noe sammen:

«Jeg har god erfaring med å dra i stallen og være med dyr, særlig hest. Jeg står og møkker, og brukeren steller hesten. Kommunikasjonen mellom oss tar da en vei via omsorg for dyret, noe som gjør at brukeren kan bli trygg på meg, selv om det er vanskelig å sette ord på det som er vanskelig.» (SPL5)

### ***Forutsetningene legges av arbeidsgiver***

Deltakerne er enige om at gode rammebetingelser er en forutsetning for å jobbe relasjonelt. En deltaker oppsummerer det slik:

«Jeg tror mye handler om hvor mye det tilrettelegges på arbeidsplassen for at man skal få rom til å kunne skape disse relasjonene.» (SPL3)

Forutsetningene for å skape rom og frihet blir lagt av en arbeidsgiver som stoler på sine ansatte, som i mindre grad vektlegger standardisering, og som legger til rette for frihet i arbeidet. Det kan handle om å ha tilgang på bil, slik at man kan komme seg ut av kontoret og se noe annet. En deltaker sier det slik:

«Auto-terapi mener jeg er gull, veldig ofte så synes jeg at dialogen blir veldig fin. Man sitter i en bil, hvis det blir stille, kan man heller prate om de tingene som skjer underveis, det man ser og slikt. Man kan snakke om opplevelser i nærområdet. Det kan komme frem en del opplysninger som man kan dra nytte av senere.» (SPL5)

Gjennom beskrivelsen over får man et innblikk i at helsehjelpen kan utføres utenfor tradisjonelle rammer. Deltakerne beskriver bruk av bilkjøring som en måte å komme seg ut på, hvor samtalen kan gå lettere.

### ***Kontroll over livet skaper mestringstro***

En annen deltaker deler sin erfaring om betydningen av relasjonen og det å støtte opp under myndiggjøring og mestringstro. Deltakeren beskriver det slik:

«Jeg tror det viktigste med å bygge relasjon og hjelpe brukere i sine tilfriskningsprosesser handler om å ta tilbake kontrollen i eget liv. Det tror jeg er det viktigste, det er det jeg har sett mest i min arbeidserfaring, det kan være mange veier å nå det målet på.

## **«Relasjonell recovery er en balansegang mellom omsorg og utvikling.»**

Gjennom å oppleve økt kontroll og innflytelse i eget liv styrker man også opplevelsen av mestring, men veien inn kan handle om en vilje til endring, noe om troen om at det kan bli annerledes, en optimisme for fremtiden.» (SPL3)

Sykepleierne beskriver relasjonell recovery som en balansegang mellom omsorg og utvikling. På den ene siden handler det om å skape trygghet, som på den andre siden kan være et utgangspunkt for å hjelpe brukere med psykisk helse- og/eller rusproblemer inn i nye opplevelser og erfaringer som kan bidra i tilfriskningsprosessen.

## **Å jobbe relasjonelt handler om å innta en holdning og et standpunkt**

### ***Helsehjelpen må ut av terapirommene***

Et annet funn fra denne studien handler om deltakernes holdning til sitt fag og sin brukergruppe. Å jobbe relasjonelt kan også handle om å hjelpe brukere som har falt utenfor storsamfunnet, eller å vise omsorg og omtanke på andre måter enn gjennom samtale. Sykepleierne jeg intervjuet, er opptatt av å ta helsehjelpen ut av terapirommene og inn i samfunnet og til hverdagslige møteplasser.

Å gå sammen ut på kafé kan for mange virke trivielt og fjernt fra det man forbinder med sykepleiefaglig arbeid. Men det som for mange kan være trivielt og alminnelig, kan for andre oppleves som fremmed, farlig eller ukjent.

## **«Å vise ettertenksomhet og interesse kan styrke relasjonen.»**

Da er en faglig trygg støtte godt å ha med seg. Målet er ikke nødvendigvis å jobbe med eksponering, men heller å åpne opp for hverdagslige og alminnelige arenaer:

«For meg handler det om å ikke tenke så mye på sykdom og diagnoser, men heller se personen bak, kunne være seg selv, sammen med andre. Å være på kafé kan være en arena hvor man flytter fokuset ut fra sine egne utfordringer og heller kan delta i en hverdagslig aktivitet.» (SPL2)

Å vise ettertenksomhet og interesse kan også gjøres på ulike måter og kan styrke relasjonen. Deltakerne i denne studien bruker telefonen aktivt som et arbeidsverktøy for å holde kontakt med sine brukere. En sykepleier reflekterer slik over betydningen av å sende tekstmeldinger til brukere for å holde kontakten:



«Man må ikke møtes ansikt til ansikt for å kunne jobbe relasjonelt, tror jeg, bare det å få en tekstmelding, spørre om hvordan det gikk i helgen eller noe sånt, bare det å sjekke inn, ikke for å kontrollere, men for å sende et budskap om at 'jeg er her', og er det noe, så vet du hvor du har meg.

Det er viktig å huske på hva det kan bety å få en tekstmelding og bli spurt hvordan var det var i forrige uke når du skulle sånn og sånn, det betyr jo at noen ser meg som person, og det er viktig.» (SPL1)

### **Sykepleien skal skape arenaer for samhandling**

Å vise omtanke og respekt for brukerne kan gjøres på mange måter. En deltaker beskriver hvordan hun møter sine brukere. Hun mener at tjenestene bør være innrettet på lik linje med andre helt ordinære helsetjenester, og hun utfordrer stigmatiserende holdninger:

«Gruppen jeg jobber med, er en stigmatisert gruppe, de er ikke velkommen overalt, og det er noe med når man åpner døra her, med et smil, hei, her er jeg og jeg har ventet på deg, hyggelig å se deg! Rett og slett ønske noen velkommen inn.

Venterommet skal se helt alminnelig ut. Det er frukt, lesestoff, fersk kaffe på kanna ... Jeg synes det er fint, her føler de seg trygge, de kan kommet hit, blir tatt imot ...» (SPL4)

Sosial støtte og relasjonell recovery er en motvekt mot individualistiske tilnærminger i psykoterapien. Deltakerne i denne studien har en klar oppfatning av sykepleiens funksjon i å skape arenaer for relasjonell samhandling i lokalmiljøet.

### **Avsluttende refleksjon**

Denne artikkelen har undersøkt sammenhengene mellom sykepleie og relasjonell recovery. Deltakerne i studien beskriver hvordan relasjonell sykepleie utøves i praksis, hvor en forutsetning er gode rammebetingelser fra arbeidsgiveren.

Helt sentralt er hvordan sykepleiere i PHR kan fremme relasjonell recovery. Dette beskrives som best utført utenfor tradisjonelle terapeutiske rammer, på biltur, i kontakt med natur og med dyr, i sosialt samvær og på andre arenaer hvor man kan få en opplevelse av alminnelighet.

**«Tilfriskning kan forekomme utenfor tradisjonelle rammer.»**

Funnene presentert i denne artikkelen bygger opp under tanken om at tilfriskning fra et psykisk helse- og/eller rusproblem kan forekomme utenfor tradisjonelle rammer, og at små, anerkjennende handlinger er viktige elementer i en bedringsprosess (19, 20).

Det er likevel nødvendig å spørre seg om helsehjelp som foregir å være recovery-orientert, faktisk er det. For at helsevesenet skal tilby recovery-orienterte tjenester, må fokuset vekk fra individualistiske prosesser og over til praksiser som favner brukeres sammensatte livssituasjoner og sosiale behov (13).

Sykepleiere innen PHR bør problematisere individuelle behandlingsforløp i primærhelsetjenesten og rette søkelyset mot sosiale og relasjonelle praksiser som kan støtte opp under sosiale behov, tilhørighet og meningsfulle aktiviteter.

Sykepleieres bidrag kan ha stor verdi i en videre recovery-orientering av helsetjenestene. Fremtidig forskning kan undersøke nærmere sykepleiers betydning i recovery-orienteringen av primærhelsetjenesten.

## Referanser

1. Gonzalez MT. Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I: Gonzalez MT, red. Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Oslo: Gyldendal; 2020. s. 57–67.
2. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
3. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Drammen: Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge; 2015. SFPR-rapport 16-2015. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/298288> (nedlastet 21.04.2021).
4. Oute J, Ness O, Glasdam S. Den psykopolitiske, den kønspolitiske og den radikale. Dansk pædagogisk Tidsskrift. 2020;(2). Tilgjengelig fra: <https://dpt.dk/temanumre/2020-2/den-psykopolitiske-den-koenspolitiske-og-den-radikale/> (nedlastet 20.10.2020).
5. Sandnes kommune. Plan for psykisk helsearbeid 2017–2022. Sandnes: Bystyret; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.sandnes.kommune.no/globalassets/helsesosial/planer/plan-for-psykisk-helsearbeid-2017--2022.pdf> (nedlastet 21.04.2021).

6. Molde kommune. Ruspolitisk handlingsplan 2020–2024. Molde: Kommunestyret; 2016. Tilgjengelig fra: [https://www.molde.kommune.no/\\_f/p2/id7e3301d-f4c1-4843-b66b-d20203c178d8/ruspolitisk-handlingsplan-2020-2024-2.pdf](https://www.molde.kommune.no/_f/p2/id7e3301d-f4c1-4843-b66b-d20203c178d8/ruspolitisk-handlingsplan-2020-2024-2.pdf) (nedlastet 21.04.2021).
7. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. The roots of the recovery movement in psychiatry – lessons learned. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2010.
8. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11(4):11–9.
9. 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. DOI: [10.1037/h0095655](https://doi.org/10.1037/h0095655)
10. Hummelvoll JK, Karlsson B, Borg M. Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice. *International Practice Development Journal*. 2015;5(7):1–9. DOI: [10.19043/ipdj.5SP.009](https://doi.org/10.19043/ipdj.5SP.009)
11. Bjørlykhaug KI, Bank R-M, Karlsson B. Social support and relational recovery in the age of individualism: a qualitative study exploring barriers and possibilities for social support in mental health work. *Journal of Recovery in Mental Health*. 2020;4(1):35–55. Tilgjengelig fra: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rmh/article/view/35284> (nedlastet 21.04.2021).
12. Recovery in the Bin. Unrecovery star. Februar 2016. Tilgjengelig fra: <https://recoveryinthebin.org/unrecovery-star-2/> (nedlastet 21.04.2021).
13. Price-Robertson R, Obradovic A, Morgan B. Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*. 2017;15(2):108–120. DOI: [10.1080/18387357.2016.1243014](https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014)
14. Skyggeutvalget. Skyggeutvalgets sluttrapport. 31.12.2020. Tilgjengelig fra: <https://skyggeutvalget.files.wordpress.com/2021/01/skyggeutvalget-rapport.pdf> (nedlastet 21.04.2021).
15. Martinsen K. Langsomme pulsslag. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
16. Barker P. The nature of nursing. Tilgjengelig fra: <http://www.tidal-model.com/The%20Nature%20of%20Nursing.pdf> (nedlastet 21.04.2021).

17. Norsk senter for forskningsdata. Forske på egen arbeidsplass. Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/forske-pa-egen-arbeidsplass/> (nedlastet 21.04.2021).

18. Braun B, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp0630a](https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a)

19. Topor A, Skogens L, von Greiff N. Building trust and recovery capital: the professionals' helpful practice. *Advances in Dual Diagnosis*. 2018;11(2):76–87. DOI: [10.1108/ADD-11-2017-0022](https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0022)

20. Topor A, von Greiff N, Skogens L. Micro-affirmations and recovery for persons with mental health and alcohol and drug problems: user and professional experience-based practice and knowledge. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2021;19:374–85. DOI: [10.1007/s11469-019-00063-8](https://doi.org/10.1007/s11469-019-00063-8)

#### FAGUTVIKLING

# Personer med en schizofrenilidelse kan bli friske

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

Schizofreni

Psykisk helse

Bedringsprosess

Kvantitativ studie

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

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

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).

### LES: Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni

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.

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).

### 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 selvtilliten 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).

Hensikten med denne studien var, ved bruk av en norsk oversettelse av QPR, å kartlegge faktorer knyttet til bedring hos personer med schizofrenidiagnose utskrevet fra en psykiatrisk avdeling i perioden 1999–2009.

## 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 tidligere 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 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).

**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

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.

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

Utsagn	Bedring n (%)	Ikke-bedring 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 %)

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

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

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

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 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. Salzman-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 intrapersonlige faktorer og bedring. Av stor betydning var aksept av den livssituasjonen 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.

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

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 evidensgrunnet på området bedring etter psykose (5).

### Referanser

1. Nytingnes 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. Eplov 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. *Curr 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 adaptation 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, Jedrzejewski 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. *Schizophrenia – 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.

## FAGUTVIKLING

# Hva ønsker sykepleiere av en master innen fagområdet psykisk helse og rus?

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus har undersøkt hva faggruppens medlemmer mener at en ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid bør inneholde.

Mastergradsutdanning

Psykisk helse og rus

I 1954 ble de første spesialskolene i psykiatrisk sykepleie i Oslo etablert. Spesialskolene og de senere videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie hadde som formål å gi offentlig godkjente sykepleiere det faglige grunnlaget som var nødvendig for å kunne utføre psykiatrisk sykepleie i tråd med samfunnets behov, og som tok hensyn til kravene om kvalitet og faglig etiske holdninger (1).

Det hadde i flere år vært tverrpolitisk enighet om å prioritere å utdanne sykepleiere til psykisk helsevern (2). Spesialutdanningen skulle gi sykepleierne både en sykepleiefaglig spesialisering og en utdanning til lederskap innen psykisk helsevern (3).

I 1998 ble videreutdanningen for sykepleiere erstattet med en tverrfaglig videreutdanning innen psykisk helsearbeid, styrt av rammeplanen for videreutdanning i psykisk helsearbeid (4). Rammeplanen innebærer at studenter med en bachelor i sykepleie, vernepleie, sosialt arbeid (sosionom), fysioterapi eller ergoterapi kan ta samme videreutdanning i psykisk helsearbeid. Utdanningen er verken profesjonsbasert eller profesjonsorientert.

## **En ny masterutdanning skal utvikles**

Regjeringen Solberg har bygget sin strategi innen psykisk helse- og rusfeltet rundt tre hovedgrep: avklare kapasitetsbehov og organisering av de psykiske helsetjenestene, prioritere kvalitet og fagutvikling og videreutvikle tjenestene basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi (5).

Helse- og omsorgsdepartementet trekker frem desentralisering og integrering i samfunnet som viktige målsettinger for utviklingen av tjenestene (5). Kompetansen i tjenestene må utvikles for å gi en helhetlig behandling til mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer. Det er godt dokumentert at den somatiske helsen hos mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte utfordringer er dårlig ivaretatt, noe som fører til betydelig økt dødelighet (6).

## **«Mennesker med en psykisk lidelse og/eller med helseskadelig rusbruk skal få bedre utredning, behandling og omsorg.»**

I april 2020 besluttet derfor Kunnskapsdepartementet sammen med Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle en masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid for sykepleiere. Det ble samtidig bestemt at den eksisterende tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helse skal revideres. Dette utviklingsarbeidet er en oppfølging av tiltak beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan (5).

Kunnskapsdepartement og Helse- og omsorgsdepartementet ønsker at en masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid for sykepleiere skal resultere i at mennesker med psykisk lidelse og/eller med helseskadelig rusbruk skal få bedre utredning, behandling og omsorg. Å sikre at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap og relevant kompetanse skal blant annet bidra til å bedre brukernes helse og redusere risikoen for somatisk sykdom og tidlig død (7).

## **Hensikt**

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (NSF-SPoR) satte i 2018 ned en prosjektgruppe for å kartlegge hva sykepleiere og spesialsykepleiere innen fagområdet psykisk helse og rus mente en sykepleiefaglig fordypning burde inneholde (8).

Denne artikkelen beskriver hva sykepleiere som arbeider innen fagområdet psykisk helse og rus, mener er viktig å innlemme i utdanningsløpet.

## Metode

Prosjektgruppen utarbeidet og gjennomførte våren 2018 en Questback-basert kartlegging av hva sykepleiere innen fagområdet psykisk helse og rus opplevde det var behov for av kunnskap og kompetanse innen eget fagfelt. Videre undersøkte vi hvordan de mente at de nåværende utdanningene innen feltet dekket disse behovene, og hvilke endringer de mente kunne være hensiktsmessige.

Et digitalt spørreskjema ble sendt ut til medlemmene i NSF-SPoR. Skjemaet inneholdt ti spørsmål, hvor spørsmål 7 og 10 åpnet for fritekstsvar fra deltakerne. Se tabell 1.

**Tabell 1.** Oversikt over spørsmålene

Spørsmål:	Spørsmålsform:
1–4. Demografiske spørsmål: alder, kjønn, arbeidssted og utdanning	Lukket spørsmål
5. Har du planer om å ta videreutdanning/master?	Dikotomisk spørsmål
6. Ønsker du fordypning i sykepleie i en tverrfaglig masterutdanning med fokus på videreutvikling av sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus?	Dikotomisk spørsmål
7. Dersom du ønsker fordypning i sykepleie, hvilke tema mener du vil være viktig?	Åpent spørsmål
8. Mener du dagens videreutdanning/masterutdanning gir nødvendig kompetanse til å ivareta ditt ansvar som spesialsykepleier innen psykisk helse og rus?	Dikotomisk spørsmål
9. Kunne du ønske en tverrfaglig masterutdanning med fokus på videreutdanning av sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus?	Dikotomisk spørsmål
10. Dersom du ønsker en fordypning i sykepleie, hvilke tema mener du da er viktig?	Åpent spørsmål

### Beskrivelse av deltakerne

Spørreskjemaet ble sendt ut til 1440 medlemmer. Av disse gjennomførte 633 undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 44.

Antallet sykepleiere som jobber med psykisk helse og rus innen spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, var om lag 7400 i 2017 (10). I tillegg kommer et betydelig antall sykepleiere og spesialsykepleiere som jobber innen kommunehelsetjenesten og for private tilbydere.

### Metode for dataanalyse

Analysen er todelt. Den første delen er en enkel statistisk analyse på demografiske data om deltakerne.

I den andre delen av analysen kodes og kategoriseres svarene på spørsmål 10: «Dersom du ønsker en fordypning i sykepleie, hvilke tema mener du da er viktig?» Kategoriseringen bygges på beskrivende sitater, med bruk av Braun og Clarkes sekstrinns refleksive analyse av kvalitative data (9).



Etter at vi gjentatte ganger hadde lest gjennom svarene som spørsmål 10 hadde generert, ble materialet kodet. To av oss (KBS og SS) samarbeidet om kodingen, og deretter ble arbeidet vurdert av de resterende to (EGR og ML). Da vi var blitt enige om kodingen, tematiserte de første to (KBS og SS) det kodede og kategoriserte materialet. Derneft ble temaene inndelt i hovedtemaer.

## Resultater

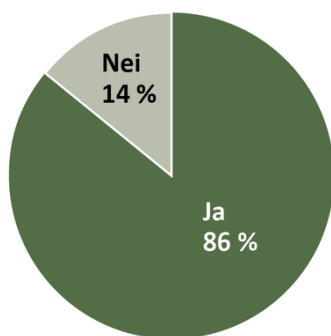
Resultatpresentasjonen er som analysedelen todelt. Den første delen inneholder en beskrivelse av deltakerne som besvarte undersøkelsen, den andre delen er en kategorisering av beskrivende sitater som er hentet fra svarene på spørsmål 10. Sitatene er igjen organisert i temaområder, og avslutningsvis samordnet i overordnede temaer.

### **Demografi og utdanningsnivå**

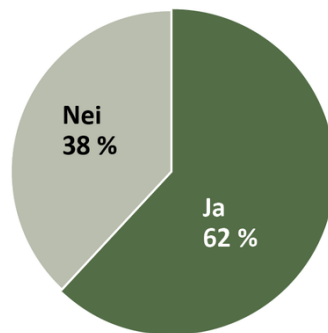
Av de 633 sykepleierne som deltok i kartleggingen, arbeidet 36 prosent i kommunehelsetjenesten og 51 prosent i spesialisthelsetjenesten. Syttito prosent hadde videreutdanning, mens 15 prosent hadde mastergrad.

Tjueni av sykepleierne hadde ikke videreutdanning innen psykisk helse og/eller rus. De fleste av disse (82 prosent) oppga at de har planer om å ta videreutdanning eller master, og 62 prosent ønsket en sykepleiefaglig fordypning. Se figur 1 og figur 2.

**Figur 1.** Har du planer om å ta videreutdanning/master?



**Figur 2.** Kunne du ønske en tverrfaglig masterutdanning med fokus på videreutdanning av sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus?



Av 659 sykepleiere som hadde videreutdanning eller master i psykisk helsearbeid, svarte 69,3 prosent at dagens videreutdanning/master ga nødvendig kompetanse til å ivareta ansvaret som spesialsykepleier innen psykisk helse og rus. Samtidig svarte 68,4 prosent at de ønsker en masterutdanning som videreutvikler sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus.

### **Hovedtemaer**

I den kvalitative delen av studien bearbeidet vi datamaterialet til hovedtemaer som tydeliggjør materialets meningsinnhold. Gjennom analysen av deltakernes respons på spørsmål 10 kom vi frem til følgende fem hovedtemaer:

- **Tema 1. Sykepleie til mennesker med psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk**  
Sykepleierne ønsket å lære mer om kommunikasjon og relasjonens betydning for behandling av psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk. Praktisk utøvelse av sykepleie for brukere/pasienter og pårørende ble vektlagt. Videre ble et behov for integrering av sykepleieridentitet, -funksjon og -rolle løftet frem.
- **Tema 2. Helse, psykisk lidelse og rusbruk**  
Sykepleierne ønsket mer kunnskap om psykisk og somatisk helse i et livsløpsperspektiv. Videre ønsket flere mer kunnskap om utfordringer og helsefremmende tiltak knyttet til kombinasjonen av psykiske helseproblemer og rusbruk.
- **Tema 3. Utvikling, organisering og ledelse**  
Kunnskap om organisering av tjenestetilbudet for mennesker med psykisk sykdom og/eller helseskadelig rusbruk var ønsket. Videre ble ledelse av fagområdet psykisk helse og rus tatt opp. Kunnskap om og bruk av forskning og fagutvikling ble også nevnt av flere som viktig i en masterutdanning.
- **Tema 4. Juss og etikk**  
Juridisk kunnskap med betydning for fagområdet psykisk helse og helseskadelig rusbruk ble ansett som viktig. For eksempel er bruk av tvang i behandling noe

det er et stort behov for mer kunnskap om, med henblikk på både lovverket og etikk. Ethiske aspekter ved sykepleien og behandling generelt var etterspurt.

- **Tema 5. Årsaksforhold, omsorg og behandlingsmetoder**

Kunnskap om bakgrunnen for utvikling av psykisk sykdom og helseskadelig rusbruk var ønsket inn i en høyere utdanning. Videre ble kunnskap om ulike behandlingsmetoder, for eksempel medikamentell versus ikke-medikamentell behandling, nevnt som sentralt å ha mer kunnskap om.

## **Diskusjon**

### ***Sykepleie til mennesker med psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk***

En stor andel av sykepleierne ønsket at en høyere utdanning innen fagområdet psykisk helse og rus skulle ha sykepleie i fokus, spesielt sykepleie til mennesker med en psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk. Videre ble sykepleierrollen trukket frem som et tema respondentene ønsket mer oppmerksomhet rundt i en ny masterutdanning.

Dette samsvarer med funn fra to tidligere studier, som viser at sykepleierrollen er kompleks og mangefasettert innen psykisk helse- og rustjenestene (11, 13). Studiene viser at sykepleierne opplever at de har et stort ansvar for mange områder av pasientbehandling og -oppfølging.

De utfører et mangfold av arbeidsoppgaver, herunder observasjon av psykisk helse, kartlegging og vurdering av rusproblematikk, oppfølging av ulike behov for sykepleie, administrasjon av medisiner, dokumentasjon av behandling og samhandling og motivering til støttesamtaler og ulike terapeutiske samarbeidsformer. De arbeider i direkte klinisk arbeid med, og har hyppig, ukentlig kontakt med brukere.

### **«Sykepleierens rolle oppleves som delvis flytende og i endring.»**

Hver sykepleier har kontakt med et høyt antall brukere og har en stor gruppe av brukere i sin portefølje. De arbeider med å samordne og koordinere ulike tjenestetilbud på vegne av brukerne.

Funn fra tidligere undersøkelser viser at sykepleiernes faglige forståelser, perspektiver og holdninger angir en vid tilnærming til pasient- og brukerbehandling. De har en sykepleiefaglig identitet og et tverrfaglig kunnskapsgrunnlag. Deres kliniske blikk er spesielt. De uttrykker en faglig stolthet ved sitt arbeid (11, 13). Sammen danner dette grunnlag for en helhetlig oppfølging av brukeren.

Sykepleieutøvelsen har som mål å bistå pasienten slik at vedkommende kan få dekket sine grunnleggende behov og gradvis selv mestre livet og hverdagens utfordringer. Sentralt er brukerens behov og ressurser, som danner grunnlag for samhandling og samarbeid om mestrings- og bedringsprosesser (10, 11, 13).

Sykepleieren må ifølge Åshild Fause (12) bruke sine sanser for å følge med på hva pasientens kropp uttrykker, og kan dermed avhjelpe mange plager og ligge i forkant av pasientens behov. På den måten kan sykepleieren kombinere sine somatiske kunnskaper med spesialkunnskaper innen psykisk helse og rus til psykisk helse- og ruspsykepleierens spesielle kliniske blikk.

Likevel oppleves rolle og funksjon som delvis flytende og i endring. Grunnene til dette kan være endrede behandlingsforløp og nye arbeidsmetoder for å møte brukeren der hun eller han er, i tråd med regjeringens strategi innen psykisk helse- og rusfeltet (5).

### **Helse, psykisk lidelse og rusbruk**

Sintef helse gjennomførte i 2007 en evaluering av videreutdanningen i psykisk helsearbeid (13). Hensikten var å vurdere om videreutdanningene, høyskolenes fagplaner og studentenes ervervede kunnskaper ivaretok intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse (14).

Også her kom det frem at halvparten av studentene mente at studiet ikke la godt nok til rette for å tilegne seg klinisk kompetanse. Studiet møtte ikke studentenes forventninger, og spesielt sykepleiere var noe mer kritiske enn andre til hvorvidt videreutdanningen fremmet bevissthet om eget faglig fundament.

Helse, psykisk lidelse og rusbruk er naturlig nok temaer som sykepleierne i vår undersøkelse ser på som grunnleggende for hva en masterutdanning bør ta for seg. Respondentene ønsker at en ny masterutdanning skal gi utvidet kompetanse på psykisk helse i et livsløpsperspektiv.

### **«Svært mange pasienter innenfor psykisk helse- og rustjenestene er særlig utsatt for fysiske helseplager.»**

Et mer sykepleiespesifikt fokus som inkluderte brukernes somatiske helse, var også ønsket av mange. Sykepleiere er i en særstilling blant utdanningsgruppene som i dag er inkludert i tverrfaglig videreutdanning innen psykisk helse og rus, ettersom sykepleiere har en somatisk grunnutdanning.

Når sykepleiere innen psykisk helse- og rustjenestene rapporterer at de i liten grad eller ikke i det hele tatt vektlegger fysiske helseproblemer hos pasienter og brukere, er dette bekymringsfullt (10). Dette kan muligens bety at videreutdanningen i psykisk helsearbeid de siste årene i liten grad har vektlagt fysisk helse og grunnleggende sykepleie.

Funnene bekymrer når vi vet at svært mange pasienter innenfor psykisk helse- og rustjenestene er særlig utsatt for fysiske helseplager og har en langt lavere gjennomsnittlig levealder enn befolkningen generelt (11, 13). En fremtidig større vektlegging i utdanningen av behandling og oppbygging av pasientenes somatiske helse kan bidra til å styrke og tydeliggjøre sykepleierens legitimitet og funksjon.

Når sykepleierne i vår undersøkelse oppgir at de ønsker mer kunnskap om hva mennesker med psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk trenger av sykepleie, så forstår vi det slik at bedre kunnskap om psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk er det som etterspørres. Dette er områder hvor vår forståelse av årsaker, sammenhenger, konsekvenser og behandling stadig er under utvikling.

Komplekse helseutfordringer fordrer at sykepleierne på den ene siden har bred kompetanse om menneskets helse og utvikling, og på den andre siden spesialisert kompetanse innen sentrale områder som somatisk helse, sykdom, psykisk helse, livskvalitet og rusbruk, hvor også livsløpsperspektivet blir sentralt.

Sykepleierens funksjon er derfor i stadig utvikling, noe som kan forklare hvorfor sykepleierne jevnt over var mer negative enn de andre yrkesgruppene i Sintefs evaluering av den eksisterende tverrfaglige videreutdanningen (13). Sykepleiere har lært mer om symptomer på psykisk lidelser i grunnutdanningen, og har andre forventninger når det kommer til krav om kunnskap om symptomer på alvorlige psykiske lidelser og behandlingen av dem (10, 13).

### **Utvikling, organisering og ledelse**

Med regjeringens satsing på desentralisering av tjenestene og hjelp til mennesker med psykisk helse- og rusproblematikk der de er, er det behov for økt kunnskap om utvikling, organisering og ledelse av psykisk helse- og rustjenestene (5).

De to studiene som er gjort på sykepleiere innen psykisk helse- og rustjenestene i Norge (11, 13), viser at sykepleierne opplever at de har et stort ansvar for mange områder av pasientbehandling og -oppfølging. Det er derfor naturlig at utvikling, organisering og ledelse er det neste temaet som kommer frem i analysen.

Sykepleierne i undersøkelsen er opptatt av at kunnskap om organisering og ledelse av tjenestene bør få en sentral plass i en ny masterutdanning. NSF ønsker flere sykepleierledere, og mer kunnskap om organisering og ledelse av tjenestene vil kunne bidra til rekruttering av ledere blant sykepleiere.

Sykepleiere i kommunene arbeider ofte i team med andre helse- og sosialfaglige høyskoleutdannede samt helsefagarbeidere. Sykepleierne er den største fag- og yrkesgruppen, noe som fordrer at de må ta både et faglig og et organisatorisk ansvar. Den faglige ledelsen medfører også ansvar for dokumentasjon av klinisk arbeid og koordinering av ressurser og personell, både i tjenesten og mellom tjenester (10).

### ***Juss og etikk***

Etiske og juridiske problemstillinger knyttet til sykepleie rettet mot denne pasientgruppen er et tema som sykepleierne i vår undersøkelse også ser på som viktig. Sintefs rapport fra 2017 viser at sykepleiere innen psykisk helsevern ønsker mer kompetanse om alternativer til bruk av tvang og om sikkerhet ved bruk av tvangsmidler (10).

Sykepleierne i undersøkelsen ønsker i stor grad en satsing på etisk refleksjon og veiledning samt god innføring i lovverket i en ny masterutdanning innen psykisk helse og rus. Tidligere studier støtter opp under dette funnet, da sykepleiere gjennomgående oppgir at de ønsker mer veiledning og etisk refleksjon (10, 13).

Sykepleieutøvelsen har som mål å bistå pasienten slik at vedkommende kan få dekket sine grunnleggende behov og gradvis selv mestre livet og hverdagens utfordringer. Sentralt er brukerens behov og ressurser, som danner grunnlag for samhandling og samarbeid om mestrings- og bedringsprosesser (10, 11, 13).

### ***Årsaksforhold, omsorg og behandlingsmetoder***

Mange respondenter trekker frem relasjonskompetanse og kunnskap om kommunikasjonsteknikker som sentrale deler av sykepleie til mennesker med psykisk helse- og ruslidelser. Utvikling av gode relasjoner til pasienter og pårørende er grunnlaget for yte god sykepleie til pasienter med rus- og psykisk helseutfordringer (10, 15).

Dette stemmer godt med tidligere rapporter, som viser at sykepleiere innen psykisk helse- og rusfeltet oppgir relasjonskompetanse som en svært viktig og integrert del av deres sykepleierhverdag (11). Relasjonskompetanse er riktignok ikke sykepleiespesifikt, men flere respondenter i vår studie oppgir gode relasjoner som et utgangspunkt for å utøve andre sykepleieroppgaver.

**«Sykepleieren står ofte i sentrum for pasientbehandlingen i kommunen.»**

Omsorg og behandlingsmetoder er et område mange sykepleiere i vår undersøkelse oppga som svært viktig. Det er ønske om en mer praksisnær tilnærming med teoretisk og praktisk opplæring i behandlingsmetoder sykepleierne kan anvende i egen praksis.

Flere knyttet dette opp mot tjenesteorganisering og viste til hvordan sykepleiere med master innen psykisk helse og rus kan bruke utdanningen til å utvikle fagfeltet og sykepleien. Tidligere studier har vist at sykepleieren ofte står i sentrum for pasientbehandlingen i kommunen, og det er derfor behov for gode arbeidsmodeller som kan benyttes i behandlingen av brukere og pasienter (11).

## Konklusjon

Vår undersøkelse viser at sykepleiere innen fagfeltet psykisk helse og rus ønsker seg en masterutdanning som gir økt kompetanse innen sykepleiefaglige områder. Masterutdanningens innhold må tilføre kunnskap og ferdigheter for å styrke sykepleiernes kompetanse så pasientenes behov for sykepleie skal imøtekommes.

En masterutdanning som skal føre frem til en spesialisering i sykepleie til mennesker med psykisk lidelse og/eller helseskadelig rusbruk, må ifølge sykepleiere innen fagfeltet vektlegge relasjonens betydning og utvikling av samarbeid om helsefremmende tiltak og innsatser.

Kunnskap om psykisk og somatisk helse i et livsløpsperspektiv blir sentralt. Kompetanse på ledelse og organisering, i tillegg til anvendelse av forskning og fagutvikling, blir fremhevet som viktig for å bedre tjenestetilbudet.

Komplekse helseutfordringer hos pasientene medfører at juridiske og etiske aspekter må ha en betydelig plass i en slik masterutdanning. Sykepleieren har en særstilling når det gjelder kunnskap og kompetanse om helhetstenkning rundt pasienten og hans eller hennes pårørende.

## Referanser

1. Vråle GB, Karlsson B, Hummelvoll JK, red. Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. Selvforståelse, praksis og forskning. Høgskolen i Hedmark; 2010. Rapport nr. 14 – 2009. Tilgjengelig fra: <https://brage.inn.no/inn-xmllui/handle/11250/133792> (nedlastet 26.05.2021).
2. Borge L, Hummelvoll JK, Ulland E. Kompetanse og yrkesidentitet – en evaluering av norske videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie. *Vård i Norden*. 1997;17(1):25–32. DOI: [10.1177/205715859701700105](https://doi.org/10.1177/205715859701700105)
3. Lysnes M. Behandlerne, voktere? Psykiatrisk sykepleies historie i Norge. Oslo: Universitetsforlaget; 1982.

4. Forskrift 1. desember 2005 nr. 1384 til rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1384> (nedlastet 11.02.2021).
5. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (nedlastet 26.05.2021).
6. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. PLoS ONE. 2018;13(8):e0202028. DOI: [10.1371/journal.pone.0202028](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202028)
7. Kunnskapsdepartementet. Utvikler ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvikler-ny-masterutdanning-i-psykisk-helse--og-rusarbeid2/id2699563/> (nedlastet 11.02.2021).
8. Fause Å, Lyngved K, Rolland EG, Bremnes O. Tverrfaglige masterutdanning i psykisk helse og rus. Forslag til fordypningsemner i sykepleie. Oslo: NSF-SPoR; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/4199385/cache=20192503204751/Sluttrapport%20-%20Sykepleiefaglig%20fordypning%20i%20tverrfaglig%20master%20NSF-SPoR%20%202018.pdf> (nedlastet 11.02.2021).
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp0630a](https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a)
10. Melby L, Ådnes M, Kasting F. Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. SINTEF-rapport A28053. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1456358/> (nedlastet 26.05.2021).
11. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. En studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud og Vestfold; 2015. Tilgjengelig fra: <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/298288> (nedlastet 26.05.2021).
12. Fause Å. Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten. Sykepleien. 2019;107(74841):e-74841. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.74841](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.74841)



13. Ådnes M, Harsvik T. Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid. Trondheim: Sintef; 2007. SINTEF A2954. Tilgjengelig fra: <https://evalueringportalen.no/evaluering/evaluering-av-videreutdanning-i-psykisk-helsearbeid> (nedlastet 26.05.2021).
14. St.prp. nr. 63 (1997–98). Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1> (nedlastet 11.01.2021).
15. Varvin S, Geirdal AØ, red. Relasjoner i psykisk helsearbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.