

Hanna Marie Leines & Nora Monserud

Hva innebærer medikamentfri behandling og hvordan jobber det tverrfaglige teamet, der sykepleier er inkludert?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Rigmor Einang Alnes
Mai 2022

Hanna Marie Leines & Nora Monserud

Hva innebærer medikamentfri behandling og hvordan jobber det tverrfaglige teamet, der sykepleier er inkluder?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Rigmor Einang Alnes
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Hensikt: Med denne studien ønsker vi å undersøke hva medikamentfri behandling innebærer og hvordan det tverrfaglige teamet fungerer sammen. Samtidig vil vi sette søkelys på sykepleierens spesifikke oppgaver.

Bakgrunn: Så mange som 50% av den norske befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. I 2015 kom regjeringen med nye retningslinjer innenfor behandling i psykisk helsevern. Pasientene skulle få fritt behandlingsvalg, deriblant muligheten til å velge medikamentfri behandling. Innenfor psykisk helsevern er det flere ulike profesjonsgrupper som arbeider sammen i tverrfaglig team.

Metode: Dette er en empirisk studie, hvor kvalitativ metode blir benyttet. Vi gjennomført et fokusgruppeintervju, og ett èn-til-èn intervju. Intervjuene ble transkribert og analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Resultatet viser til at medikamentfri behandling er en behandlingsform som omhandler ulike behandlingstiltak uten å fokusere på medikamenter. Det heter medikamentfri behandling, men det er opp til hver enkelt pasient om de vil bruke psykofarmaka eller ikke. Resultatet viser at det tverrfaglige samarbeidet er vesentlig i gjennomføringen av et slikt behandlingstilbud. Hvor de ulike profesjonene bygger på hverandres kompetanse og erfaring.

Konklusjon: Medikamentfri behandling er en sammensatt behandlingsform, der det tverrfaglige teamet må jobbe godt sammen for å få en helhetlig behandling. Det innebærer at det tverrfaglige teamet må vise respekt, tillit og forståelse overfor hverandre. Sykepleier spiller en stor rolle i det tverrfaglige teamet til tross for at det er få spesifikke sykepleieoppgaver. De ulike profesjonene i det tverrfaglige teamet har mange av de samme arbeidsoppgavene til tross for deres ulike profesjoner.

Abstract

Objective: In this thesis we want to examine what drugfree treatment is and how the interdisciplinary theme cooperates. We will also highlight the nurse's specific tasks.

Background: As much as 50% of the Norwegian publications are suffering from a mental illness during their lives. The Norwegian government came with new guidelines towards the treatment within mental health in 2015. The patients were given the choice to choose between different types of treatment, including drugfree treatment. There are multiple professions who are working together in an interdisciplinary team in the psychiatric field.

Method: The thesis is an empirical study where a qualitative method is used in conducting a group interview and a one-on-one interview. The interviews were transcribed and analyzed using systematic text condensation.

Results: Through the analysis we identified that drugfree treatment is a form of treatment which concerns different treatment measures without any focus on the medications. Even though it is called drugfree treatment, every patient is able to choose whether they want to use psychopharmaceuticals or not. The result of the analysis also showed that the interdisciplinary theme is crucial in a treatment like this. The different professions are building on each other's competence and experiences.

Conclusion: Drugfree treatment is a compound form of treatment, where the interdisciplinary teams have to work well together to get the holistic treatment. This involves that the team has to show respect, trust and understanding for each other. The nurse has an important role in the interdisciplinary team, even though there are not so many specific work tasks within the nursing profession. The workers of the interdisciplinary team have a lot of similar work task, even though they have different professions.

Forord

Vi vil gjerne takke vår veileder Rigmor E. Alnes som har fulgt oss gjennom hele prosessen. Takk for gode og konstruktive tilbakemeldinger underveis i forløpet. Vi vil også takk det tverrfaglige teamet som tok seg tid til å dele sine erfaringer med oss.

Det har vært en lærerik prosess, med både oppturer og nedturer. Vi er stolte over eget arbeid og håper du som leser ser frem til å lese vår oppgave.

Ålesund, mai 2022.

Hanna Marie Leines og Nora Monserud

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	11
1.1	<i>Begrunnelse for valg av tema.....</i>	11
1.2	<i>Problemstilling</i>	12
2	Teori	13
2.1	<i>Hva er medikamentfri-behandling?.....</i>	13
2.1.1	<i>Behandlingen består av ulike behandlingsformer</i>	13
2.1.2	<i>Integrated Medicines Management.....</i>	14
2.1.3	<i>Intensiv dynamisk korttidsterapi</i>	14
2.2	<i>Tverrfaglig samarbeid og skjønn i sykepleien.....</i>	14
2.2.1	<i>Tverrprofesjonelt samarbeid.....</i>	14
2.2.2	<i>Sykepleiefaglig kunnskap og ferdigheter.....</i>	15
2.3	<i>Empowerment og recovery.....</i>	15
2.4	<i>Kartlegging ved bruk av feedback-systemet</i>	16
3	Metodebeskrivelse	17
3.1	<i>Metodisk tilnærming</i>	17
3.1.1	<i>Utarbeidelse av intervjuguide</i>	17
3.1.2	<i>Utvalg og inklusjonskriterier</i>	17
3.1.3	<i>Gjennomføring av intervju</i>	17
3.2	<i>Dataanalyse.....</i>	18
3.2.1	<i>Hovedkategorier og reviderte subgrupper.....</i>	19
3.3	<i>Etiske begrunnelse.....</i>	20
4	Resultat	21
4.1	<i>Hensikten med ulike behandlingsformer</i>	21
4.2	<i>Utvikling av behandlingen ved bruk av kartlegging</i>	22
4.3	<i>Stort behov for tverrfaglig samarbeid</i>	22
4.4	<i>Sykepleierens rolle i medikamentfri behandling.....</i>	23
5	Diskusjon.....	25
5.1	<i>Metodediskusjon</i>	25
5.2	<i>Resultatdiskusjon.....</i>	25
5.2.1	<i>En intensiv, helhetlig og kunnskapsbasert behandlingsform</i>	26
5.2.2	<i>Hvem er den medikamentfrie behandlingen for?.....</i>	26
5.2.3	<i>Er behandlingen medikamentfri?.....</i>	26
5.2.4	<i>Utbedring av behandlingen ved bruk av ulike kartleggingsverktøy</i>	27
5.2.4	<i>Bruken av empowerment i større grad enn av recovery?.....</i>	27
5.2.5	<i>Det tverrfaglige teamet bygger på hverandres kompetanse</i>	28
5.2.6	<i>Sykepleier i en flytende rolle.....</i>	29

6 Konklusjon	31
Referanser	33
Vedlegg	37

Antall ord: 7696

1 Innledning

Sykdommer og tilstander som rammer følelsene og tankene er det som beskriver en psykisk lidelse. Psykisk helse er viktig for alle mennesker, og det er like viktig å ivareta den på lik linje som den fysiske helsen. Utfordringer knyttet til psykisk helse kan påvirke dagliglivet og livskvaliteten i negativ form. I norske befolkning er det så mye som 50% som rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2016).

Behandlingsalternativene innenfor psykisk helse er flere og varierer i forhold til diagnosen som blir stilt, men de vanligste behandlingsformene er psykoterapi og psykofarmaka (Malt og Aslaksen, 2020). Så langt det er forsvarlig skal pasienter innenfor psykisk helsevern kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (Regjeringen, 2015). Helseforetakene i regionen fikk føringer om å etablere et alternativt behandlingstilbud i 2015. De som hadde et ønske om medisinfri behandling, samt nedtrapping og avslutning av medisiner, skulle få valget om et slikt behandlingstilbud. Dette skulle gjennomføres så lenge det var innenfor forsvarlig rammer (Regjeringen, 2015).

Medikamentfri behandling innenfor psykisk helsevern er behandling av psykiske lidelser uten fokus på bruk av psykofarmaka. Autonomien blir ivaretatt ved at pasienten har frihet til å kunne velge mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsformer (Gonzalez, 2020, s. 414). Sentralt i behandlingen blir begrepene empowerment og recovery brukt for å vektlegge pasientens ressurser, kompetanse og ferdigheter (Helsedirektoratet, 2018). I en forskningsartikkel av Hekstad et al. (2019) blir det lagt frem en undersøkelse med 100 pasienter fra en DPS i Norge hvor de har spurt om medisinfri behandling. I undersøkelsen kom det frem at så mange som 52% ønsket medisinfri behandling, dersom dette var mulig. Flertallet hadde dårlig erfaring med psykofarmaka og lange perioder med psykisk sykdom.

Innenfor psykisk helsevern er det et bredt tverrfaglig samarbeid, og man må være forberedt på å samarbeide med andre yrkesgrupper, tjenestelinjer, pårørende og pasienter. Her er det viktig at man har et godt og strukturert samarbeid for å kunne yte best mulig helsehjelp til pasienten (Helsedirektoratet, 2018). Tverrfaglig samarbeid er en metode til å nå målene og bidrar til å få frem en helhetlig vurdering av pasienten. De forskjellige profesjonene vil kunne bygge opp kompetanse og øke kunnskapsnivået ved å jobbe i et tverrfaglig team (Galvin og Erdal, 2018, s. 21-22).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi tok valget om å skrive en empirisk bachelor for å kunne lære mer om et tema som det har blitt satt lite fokus på. Vår første tanke var at vi ville skrive om psykisk helse, dette er et viktig tema og noe som interesserer oss begge. Vi valgte å fordype oss i medikamentfri behandlingstilbud, ettersom at det er relativt nytt behandlingsalternativ med noe mindre empiri. Ut ifra bruk av ulike databaser har vi foretatt oss systematiske søk med hovedfokus på medikamentfri behandling og tverrfaglig samarbeid. Resultatet på søkene viser til at det er lite forskning innenfor dette temaet. Et slikt

behandlingstilbud er satt sammen av et tverrfaglig team, med blant annet psykiatrisykepleier, spesialister innen psykisk helsevern og miljøterapeuter. Vi vil belyse hvordan samarbeidet i det tverrfaglige teamet i den medikamentfrie behandlingen foregår, og med fokus på sykepleieren sin rolle.

1.2 Problemstilling

«Hva innebærer medikamentfri behandling og hvordan jobber det tverrfaglige teamet, der sykepleier er inkludert?»

2 Teori

Her vil vi beskrive hva medikamentfri-behandling er og hvilke behandlingsformer som blir brukt. Videre vil vi belyse det tverrfaglige samarbeidet, samt ulike sykepleieteorier og ferdigheter som står sentralt i behandlingen.

2.1 Hva er medikamentfri-behandling?

Medikamentfri behandling er behandling innenfor psykiske lidelser uten fokus på psykofarmaka (Øvernes, 2019, s. 3). Dette er en behandlingsform som egner seg for mennesker som har psykiske vansker, som blant annet kronisk depresjon, angst, personlighetsproblematikk og psykose (Helse-MR, 2021). Regjeringen kom med nye retningslinjer innenfor psykisk helsevern i 2015. Alle pasienter i psykisk helsevern skal kunne velge mellom ulike behandlingsformer, deriblant behandling uten medikamenter, dersom det er forsvarlig. Regjeringen kom med følgende spesifisering; «regionale helseforetak skal etablere reelt tilbud til de som ønsker det som valg av alternativer til legemidler, herunder hjelp til nedtrapping og avslutning og igangsetting av andre terapeutiske støtte- og behandlingstiltak» (Regjeringen, 2015). Dette tredde så i kraft i 2016.

Den medikamentfrie behandlingen er et frivillig tilbud. Behandlingen bygger på pasientens brukermedvirkning og ens frihet til å kunne velge mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsformer (Gonzalez, 2020, s. 414). Pasientene er selv med på å bestemme om de skal bruke psykofarmaka som en del av behandlingen, om de vil ha hjelp til nedtrapping eller slutte helt (Øvernes, 2019, s. 3). Behandlingsforløpet gjennomføres innenfor forsvarlige rammer og består av kunnskapsbaserte behandlingsformer. Et behandlingssenter i Norge har utarbeidet et intensivt program som går over 8 uker. «Målet med behandlingen er at tett oppfølging, intensivering av tiltak og systematisk tilnærming, vil øke behandlingseffekten og føre til endring som varer. Ressursene, målsetningene og medvirkningene er i sentrum» (Helse-mr, 2021).

2.1.1 Behandlingen består av ulike behandlingsformer

Behandlingen er kompleks og sammensatt. De ulike behandlingsformene i medikamentfri behandling er psykoedukasjon, livsstyrketrening, gruppeterapi, kroppsbevissthet, fysiske aktivitet/trening/friluftsliv, miljøterapi og terapeutisk yoga (Helse-mr, 2021).

Psykoedukasjon har som hensikt å styrke den kognitive kunnskapen en har om seg selv, motivere og mobilisere motstand. Livsstyrketreningen fokuserer på personens bevissthet rundt egne følelser og kroppslige signaler. Pasientene jobber med å trene opp den mentale styrken, slik at de kan anerkjenne seg selv slik en er. Gruppeterapien hjelper pasientene til å styrke bånd til andre mennesker, og oppleve nytten av å snakke om problemene til andre. Kroppsbevissthet er med på å øke bevisstheten rundt egen kropp.

Den fysiske delen av behandlingen fokuserer på å styrke mestring og egenvilje. Miljøterapi står sentralt og de jobber med målrettede aktiviteter for å kunne fungere psykisk og sosialt. Musikterapi er en terapiform som aktivt bruker personens ressurser. Det har også vist seg at terapeutisk yoga har god effekt i møte med fysiske og psykiske plager (Helse-mr, 2021).

2.1.2 Integrated Medicines Management

IMM – Integrated Medicines Management, er et verktøy som brukes som vurdering og oppfølging av legemidler. Det er en systematisk prosess som har som mål å oppnå maksimal helseeffekt av legemiddelbehandlingen (Helsebiblioteket, 2017). Modellen har fokus på å kvalitetssikre pasientens legemiddelliste og tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient (Mathisen, 2016).

2.1.3 Intensiv dynamisk korttidsterapi

ISTDP – Intensiv dynamisk korttidsterapi, har vist effekt ved psykiske lidelser som depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser og psykosomatiske problemer. ISTDP bygger på en tankegang om at psykiske helseproblemer kan oppstå som et resultat av at en har vansker med å håndtere konfliktfylte følelser, som oppstår i relasjon med andre mennesker. Fokuset ligger på hvordan mennesket kan komme i kontakt med sine egne følelser (UNN, 2022). Ifølge Hansen et al. (2013) viser tidligere forskning at psykoterapiens utfall avhenger av pasientens engasjement, involvering og aktiv deltagelse i det terapeutiske arbeidet. Det er derfor nødvendig å legge til rette for optimal deltagelse og involvering.

2.2 Tverrfaglig samarbeid og skjønn i sykepleien

2.2.1 Tverrprofesjonelt samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er samarbeid mellom ulike profesjoner og faggrupper som arbeider mot et felles mål (Galvin og Erdal, 2013, s. 28). Iversen & Hauksdottir (2020, s. 12) skriver «tverrprofesjonell samhandling løftes frem som et viktig tiltak for at pasienten får et bedre og mer målrettet helse- og velferdstilbud, det skal redusere kostnader, øke pasientsikkerheten og øke arbeidstilfredsheten hos helse-og velferdspersonell». Gjennom de fleste utdanningene er det størst fokus på hvordan man skal kommunisere med pasienter og brukere, og fokuset på kollegialt samarbeid er mindre. I et tverrfaglig samarbeid møter du ulike helse- og sosialfagprofesjoner, hvor utdanningene har forskjellige kommunikasjonsstiler (Ødegård, 2018, s. 64). Galvin og Erdal (2018, s. 64) skriver at kommunikasjon er essensen i alt samarbeid og for å lykkes med et godt tverrfaglig samarbeid må profesjonene ha kunnskap om kommunikasjon. Det er likevel ulike faktorer som kan påvirke dialogen, deriblant virkelighetsopplevelse, verdinormer og erfaringer.

Tidligere var det lite rutiner på å samarbeide rundt områder utenfor pasientens helsetilstand, som arbeidssituasjonen, økonomi og andre sosiale forhold. Det har blitt større fokus på dette de siste årene, hvor sammenhengen mellom helsetilstand og

psykiske, familiemessige, sosiale og andre velferdsfaktorer har fått større oppmerksomhet (Hauksdottir, 2020, s. 42). Velferdstjenestene har ulike arbeidsoppgaver og kunnskap med et felles mål hvor tillit, respekt, godt samarbeid og kommunikasjon er et fellestrekk. Iversen og Hauksdottir (2020) skriver "A team is two or more individuals with specified roles interacting adaptively, interdependently, and dynamically toward a common and valued goal" (Hauksdottir, 2020, s. 148). Relasjonen til det tverrfaglige teamet samt gjensidig avhengighet, vil gjøre at teamets suksess, effektivitet og ulike kompetanser kommer frem. Dette kan bidra til å øke ansvarsfølelsen og motivasjonen til helsepersonellet som jobber med pasienten (Hauksdottir, 2020, s. 148-149.)

Det er flere faktorer som spiller inn når et tverrfaglig team skal løse og forstå et problem. Flere perspektiver om hvordan dette skal gjøres og forstås blir synliggjort. Dette i større grad fordi alle har med seg sine egne «lesebriller», hvor forskjellig kunnskap, forståelse, ferdigheter og verdier kommer frem (Ødegård, 2018, s. 78).

2.2.2 Sykepleiefaglig kunnskap og ferdigheter

Helseidealet til Hippokrates var helhetstenkning og at en skulle se mer enn bare sykdommen. Hippokrates forklarte at legen ikke skulle være læremesteren, men hjelpe dem med å finne likevekten mellom stabilitet, harmoni og balanse (Martinsen, 2003, s. 143-145). Nåtidens naturvitenskap er ikke bare positivt med sitt inntog i medisin. Gjennom teknologi står medisinen i fare for å bli overdiagnostiserende og sykdomsaktivistisk. Det har blitt fremhevet av kritikerne av helsevesenet, at medisinsk behandling fører til en rekke skader og sykdommer. Kritikerne sier dette er mer alvorlig enn hjelpen helsevesenet gir (Martinsen, 2003, s. 145).

Etter 1950-tallet kom det flere sykepleieteorier, blant annet Callista Roy. Hun publiserte i 1976 en modell hvor hun presenterte den første helhetlige framstillingen av sykepleie. Det har vært endringer siden den første framstillingen, men modellen viser til at virkelighetsforståelse og verdigrunnlag blir gjenspeilet i humanistiske verdier og helhetlig menneskesyn. Roy sier blant annet at menneske "... fungerer som et hele og er mer enn summen av sine bestanddeler" (Kristoffersen, 2016, s. 40-42). Videre sier Roy at sykepleiers rolle går ut på å bidra til å øke pasientens mestringsevne eller til å påvirke forhold i pasientens indre eller ytre omgivelser. Dette kan hjelpe pasienten til å reagere hensiktsmessig på den aktuelle forandringen (Kristoffersen, 2016, s. 43).

2.3 Empowerment og recovery

Recovery og empowerment er to begreper som spiller en sentral rolle innenfor psykisk helsevern. Empowerment kan forstås som et rammeverk innenfor helsefremming. «Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse, og prosessen som bidrar til å øke folks kapasitet til å ta valg, og til at valgene transformeres til ønskede handlinger og resultat» (Tveiten, 2020, s. 33). Begrepet empowerment sees ofte i samhandling med myndiggjøring, og omfordelingen av makt er en av hovedideene i empowerment-tenkningen. Dette innebærer nødvendigvis ikke at pasienten selv skal bestemme behandlingsformen, men ta del i den. Dette styrker enhver pasient sin autonomi, pasienten skal foreta selvstendige valg og ta del i behandlingen (Bø & Helle, 2010, s. 29). Deltakelse og bevisstgjøring av egen helse vil kunne få pasienten til å føle å

ha en viss kontroll over eget liv, samt være helsefremmende (Tveiten, 2020, s. 33-39). Empowerment er en samhandlingsprosess mellom pasienten og helsearbeiderne. Det å hjelpe pasienten til å finne sine ressurser og muligheter, kan utvikle mestringskompetanse og motivasjon, som også er en forutsetning for empowerment (Tveiten, 2020, s. 38).

Recovery er i likhet med empowerment en prosess hvor en fokuserer på hva pasienten gjør alene og i samarbeid med andre for å bli bedre etter en psykisk lidelse. Ved å ta i bruk recovery kan helsepersonell hjelpe pasienten til å oppleve mening med livet, oppleve tilhørighet og fellesskap, samt at pasienten kan få en trygg og forutsigbar livssituasjon (Gonzalez, 2020, s. 438). Recovery gjenspeiler seg i prosessen med å komme seg, altså recover fra noe eller gjenvinne noe som er tapt (Karlsson & Borg, 2017). Recovery går ut på at pasienten er ekspert på seg selv, og at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv (Helsedirektoratet, 2014). Det er en grunnleggende filosofi i den medikamentfrie behandlingen, og det er en sentral ideologi i de fleste institusjonene som tilbyr denne behandlingsformen (Wærness, 2019, s.10).

2.4 Kartlegging ved bruk av feedback-systemet

Psykisk helse er et av regjeringens viktigste satsningsområder, og det er et fagfelt som stadig er i utvikling (Regjeringen, 2021). Det er derfor viktig med kartlegging og videreutvikling av tilbudet som blir gitt innenfor psykisk helsevern. Feedback-systemet er et tilbakemeldingssystem som aktivt blir brukt i psykisk helsevern. Hensikten med systemet er at behandlingssenteret kan innhente informasjon om pasientbehandlingen fungerer etter ment intensjon (Hovland, 2019, s. 11). Tilbakemeldingssystemet blir brukt som en kvalitetssikring av arbeidet som blir gjort, og det åpner for at en kan forbedre hjelpen og behandlingen som gis (Kjøbli et al., 2018). CheckWare er et program som er utviklet for å gjennomføre psykometriske tester. Det er en digital selvrapportering om egenmestring av pasientene (Norway Health Tech, 2007). Ulike klinikker, kommuner og forskningsprosjekter bruker CheckWare som plattform til å innhente informasjon via Feedback-systemet.

3 Metodebeskrivelse

3.1 Metodisk tilnærming

Kvalitativ metode er en forskningsstrategi som tar for seg beskrivelse, analyse og fortolkning av det som skal studeres (Malterud, 2017, s. 30). Vi har valgt å skrive en empirisk bachelor, med forankring i kvalitativ metode, i form av kvalitative intervjuer. Ved bruk av kvalitative intervjuer kommer erfaringene og oppfatningene til de en intervjuer best frem, i form av åpne intervjuer (Christoffersen et al., 2015, s. 72). Denne metoden gir oss rom til å belyse problemstillingen vår på best mulig måte. Vi har gjennomført to ulike intervjuer. Vi hadde først et fokusgruppeintervju, hvor informantene fikk diskutere og dele erfaringer med hverandre. Deretter hadde vi ett èn-til-èn intervju, hvor vi gikk mer i dybden. Disse to intervjuene ga oss et inntrykk av hvordan helsepersonellet jobber sammen og individuelt.

3.1.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Før vi kunne gjennomføre intervjuet var vi avhengige av å lage en intervjuguide. En intervjuguide er en liste med temaer og spørsmål som skal gjennomgås på intervjuet (Christoffersen et al., 2015, s. 75). Intervjuguiden for fokusgruppeintervjuet besto av ni åpne spørsmål, med underspørsmål, mens èn-til-èn intervjuet besto av fem åpne spørsmål, samt underspørsmål. Hovedtemaene for intervjuet var medikamentfri behandling, det tverrfaglige arbeidet og sykepleierens spesifikke rolle.

3.1.2 Utvalg og inklusjonskriterier

Informantene til et kvalitativt intervju har et klart mål, det å skaffe nok informasjon til å belyse problemstillingen fra flere sider (Christoffersen, 2015, s. 85). Informantene ble valgt ut på bakgrunn av hvor de jobbet og hva de jobbet som. Vi intervjuet et tverrfaglig team som jobber innenfor medikamentfri behandling. Utvalget består av en psykiater, en psykiatrisk sykepleier, en sosionom og en barnevernspedagog med videreutdanning i psykisk helsevern. Utvalget har lang arbeidserfaring i psykisk helsevern. Den gjennomsnittlige ansienniteten er på litt over 15 år. Det er flere ulike behandlingssenter Norge som jobber med medikamentfri behandling, vi tok kontakt med ledelsen av ett av behandlingssentrene. Ledelsen satte oss så i kontakt med en av de som jobbet innenfor avdelingen. Etter at vi kom i kontakt med dem avtalte vi et tidspunkt for intervjuet.

3.1.3 Gjennomføring av intervju

Vi gjennomførte intervjuet i begynnelsen av februar 2022. På forhånd av intervjuet hadde vi sendt ut et informasjonsskriv om hvem vi var, hva prosjektet gikk ut på, samt informasjon om taushetsplikt. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført først, det varte i overkant av en time. Deretter hadde vi èn-til-èn intervjuet med spesialsykepleieren.

Dette intervjuet varte i rundt en halv time. Innledningsvis startet vi med å presentere oss selv og fortelle om studiens formål. Deretter informerte vi om gangen i intervjuet, samt at vi repeterte delen av informasjonsskrivet om taushetsplikt. Det ble sendt ut et skjema, hvor informantene skrev ned alder, utdanning og arbeidserfaring. Alt dette var en del av innledningsfasen, det er viktig å skape en relasjon mellom intervjueren og informantene (Christoffersen, 2015, s. 77). Intervjuet ble ledet av en av studentene, mens den andre studenten noterte og stilte underspørsmål for å innhente all informasjon. Før vi avsluttet intervjuet hadde vi ett par oppsummeringsspørsmål. Ifølge Christoffersen et al. (2015, s. 78) er det relevant å komme med slike spørsmål for å sørge for at intervjuerens forståelse av informasjonen er korrekt. Avslutningsvis rundet vi av med å takke alle informantene for deres deltagelse. Etter at fokusgruppeintervjuet var ferdig, fortsatte vi samtalen med sykepleieren. Dette intervjuet ble lagt opp på samme måte. Begge intervjuene ble tatt opp med en lydopptaker, noe alle informantene var informert om. Lydfilene ble så transkribert.

3.2 Dataanalyse

For at vi skal komme frem til et godt resultat er det avgjørende å analysere forskningen korrekt. Malterud (2017, s. 91) legger frem analyse som en målrettet reise fra problemstilling til resultat. For å få et godt resultat er det helt nødvendig å velge en fastlagt vei, og vi har valgt å ta i bruk systematisk tekstkondensering. Dette er en metode som «er utviklet med sikte på å gi nybegynnere en enkel gjennomføring på en systematisk og overkommelig måte» (Malterud, 2017, s. 97). Den systematiske tekstkondenseringsmetoden gjennomføres i fire trinn, disse fire trinnene er:

1. Helhetsinntrykk
2. Meningsbærende enheter
3. Kondensering
4. Syntese

Trinn én handler om å bli kjent med materialet, og danne et helhetlig inntrykk. Dette gjorde vi ved å transkribere lydfilene fra intervjuene, slik at vi sto igjen med en sammensatt tekst. Begge studentene hørte på lydfilene og leste over materialet for å sikre seg om at all informasjon hadde blitt korrekt skrevet ned. På dette trinnet ser en på materialet med et fugleperspektiv. Vi måtte lese og håndtere materialet med et åpent syn, for å skaffe oss et helhetlig inntrykk av materialet (Malterud, 2017, s. 99). Etter dette noterte begge studentene ned stikkord fra teksten som var relevante for problemstillingen. Vi diskuterte så de ulike stikkordene som ble resultatet til ulike temaer. Disse temaene skal vi bygge videre på.

Det neste trinnet går ut på å finne de delene av materialet vi skal studere nærmere. I følge Malterud (2017, s. 101), bør en lese over materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Vi måtte skille relevant informasjon fra det som vi ikke trengte å fokusere på. Dette var en grundig prosess. Materialet måtte leses over flere ganger, for å sørge for at viktig informasjon som ikke umiddelbart vekket vår interesse ble inkludert. Etter å ha innhentet relevant informasjon, måtte vi systematisere de meningsbærende enhetene, dette kalles koding (Malterud, 2017, s. 101). Her skaffet vi oss et overblikk og sorterte de ulike kodegruppene knyttet til problemstillingen. Noen temaer ble kuttet ut, mens andre temaer ble slått sammen. I slutten av fase to hadde vi

følgende kodegrupper; behandlingsform/psykisk helse, kartlegging, tverrfaglig samarbeid, sykepleier.

Det tredje trinnet går ut på å fordype seg videre i de meningsbærende enhetene som ble kodet frem i fase to. Vi måtte nå grave dypere i de ulike kodegruppene ved å kondensere innholdet. Etter dette måtte vi sortere og systematisere dem inn i nye undergrupper, subgrupper (Malterud, 2017, s. 105-106). Subgruppene vi satt igjen med da var; medisiner, miljøterapi, autonomi/frivillighet, egne følelser, feedback-systemet, samarbeid med profesjoner, pårørende/pasient, sykepleierens rolle og flytende grenser. Etter å ha funnet de ulike subgruppene som vi mente svarte på problemstillingen vår måtte vi skrive de om til kondensat. Dette går ut på å lage et kunstig sitat ved bruk av de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 106-108).

Til slutt, i trinn fire, skulle vi sette sammen alle bitene igjen. Denne fasen går ut på å vurdere sammenhengen mellom resultatene vi har kommet frem til og informasjonen fra råmaterialene. Vi måtte ta for oss kondenseringen fra trinn tre og skrive det om til analytisk tekst. Dette gikk ut på å omgjøre hver subgruppe til sitt egen avsnitt som blir fremstilt i egne kapitler i resultatet. Hvert avsnitt har fått sin egen overskrift (Malterud, 2017, s. 108-110).

3.2.1 Hovedkategorier og reviderte subgrupper

Etter å ha jobbet oss gjennom de fire stegene i den systematiske tekstkondenseringsmetoden satte vi igjen med tabellen som er fremstilt nedenfor. Det er en oversikt over kodegruppene fra trinn to og subgruppene fra trinn tre. Overskriftene er fra det fjerde trinnet, og resultatet bygger på disse gruppene.

Kodegrupper	Subgrupper	Overskrifter
Behandlingsformer/psykisk helse	Medisiner Miljøterapi Autonomi/frivillighet Egne følelser	Hensikten med ulike behandlingsformer
Kartlegging	Feedback-system	Utvikling av behandlingen ved bruk av kartlegging
Tverrfaglig samarbeid	Samarbeid med profesjoner, pårørende/pasient	Stort behov for tverrfagelig samarbeid

Sykepleieren	Sykepleierens rolle Flytende grense	Sykepleierens rolle i medikamentfri behandling
--------------	--	---

3.3 Ethiske begrunnelse

Ettersom bacheloroppgaven vår bygger på kvalitative intervjuer, hvor personopplysninger blir oppgitt, måtte vi opprette et prosjekt som ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Referansekode for godkjent prosjekt hos NSD er 397911.

I forkant av intervjuet utarbeidet vi et samtykkeskjema som ble sendt ut til informantene. Skjemaet tok for seg studiens formål. Vi informerte om at all informasjon ville bli anonymisert og at dataene slettes ved studiens slutt, i mai 2022. Alle informantene var innforstått med dette og måtte skrive under samtykkeskjemaet før vi kunne gå videre med prosjektet. Vi har kun valgt å oppgi hva informantene jobber som og skåne dem for videre opplysninger som avslører deres identitet.

4 Resultat

I dette kapittelet vil hovedtemaene fra trinn fire i analysen bli presentert.

4.1 Hensikten med ulike behandlingsformer

Helsearbeiderne som vi intervjuet, har i løpet av de siste fem årene utviklet et medikamentfritt behandlingstilbud som ikke har et medikamentelt fokus. Informantene forteller at behandlingen er rettet mot pasientgrupper innenfor alt fra lette nevroser, til tunge problemstillinger som blant annet personlighetsforstyrrelser. En fellesnevner for pasientgruppen er det informantene beskriver som behandlingsresistens. Informantene formidler at behandlingsresistens er såpass utbredt og de vil være med å hjelpe denne pasientgruppen. Pasientene må ha prøvd to eller flere behandlingsforsøk tidligere, uten ønsket effekt, før en kan få muligheten til å prøve den medikamentfrie behandlingsformen. Behandlingen består av tilbud med forskjellige tiltak som er blitt satt sammen til en intensiv pakke. Informantene nevner deretter bruken av intensiv dynamisk korttidsterapi, forkortet som ISTDP-metoden. Det er en intensiv behandlingsform hvor pasienten kommer i kontakt med følelsene. Det å komme i kontakt med følelsene står sentralt i behandlingen.

«Den røde tråden i behandlingen er at vi fokuserer på å komme i kontakt med den genuine delen av folk. Pasientene må komme i kontakt med sine egne følelser».

Informantene forteller om de ulike behandlingsformene. Alle pasientene har hver sin ukeplan der alle gruppetimene er felles, mens de individuelle timene varierer. De har tilbud om å delta i gruppetilbud innen livsstyrke, gruppeterapi, friluftsliv, klatring, musikkterapi, yoga og styrketrening. De individuelle timene består av psykoterapi, kroppsbevissthet med fysioterapeut, miljøterapi samtaler og musikkterapi. De ulike behandlingsformene appellerer til pasientene på forskjellige måter, og fører til en variabel og utfyllende behandlingsform. Informantene sier så at ved bruken av gruppeterapi prøver de å fange opp det som skjer innenfor denne gruppen i løpet av de åtte ukene. Den individuelle psykoterapien går ut på å påvirke pasienten til endring på en intensiv måte. På den andre siden er det friluft, klatring og yoga som gir en helt annen måte å komme i kontakt med følelsene. De beskriver det som en annen vei inn. Friluftsterapi og livsstyrketerapi fører til mye mestring, og går ut på å koble sammen kropp, følelser og tanker. En av informantene beskriver det slik:

«En må stoppe opp og ha litt mer oppmerksomt nærvær på hvordan man har det på innsiden og hvordan man forholder seg til egne følelser og tanker».

Ved spørsmål om informantene praktiserer recovery prinsippet i behandlingen kom det frem at fokuset ligger mer på empowerment tenkning. De legger vekt på å styrke hver enkelt sine ressurser. Videre sier de at livsstyrke omhandler forholdet pasienten har med seg selv, og hvordan de kan komme i kontakt med sine egne følelser. Dette forklarer de med relevans innenfor empowerment prinsippet. En av informantene sier at recovery har et litt annet fokus.

«En går ikke så inn på behandlingen for å gjøre dem friske, det er mer fokus på det å få dem opp og mestre. Det handler mer om å mestre sykdommen».

4.2 Utvikling av behandlingen ved bruk av kartlegging

I intervjuet kom det frem at informantene i det tverrfaglige temaet aktivt brukte kartlegging av pasientene i form av et feedback-system. Helsepersonellet informerte om at kartleggingen hjelper dem til å måle effekten av arbeidet de gjør, samtidig som de får et inntrykk av hvordan pasientene virkelig har det. Kartlegging av pasientens sinnstilstand er viktig, samt deres motivasjon og mestring. Feedback-systemet er et måleverktøy som kartlegger angst, depresjon, personlighetstrekk, livskvalitet og alliansebygging. Videre forteller informantene at pasientene svarer på et elektronisk skjema som blir sendt ut, via et program som heter CheckWare. Pasientene svarer på skjemaet for første gang på vurderingsdagen, deretter ukentlig gjennom behandlingen, og ved utskrivelsen. Det er også videre kartlegging av pasienten etter 6 måneder, 12 måneder og 2 år, etter utskrivelsen.

En av informantene forteller at de enkelte ganger har hatt brukerundersøkelser med pasientene. Da ser de på tilbakemeldingene de får av pasientene, slik at de kan evaluere behandlingstiltakene og eventuelt justere behandlingstilbudet deretter. Dette arbeidet er også relevant for videre forskning og utvikling av den medikamentfrie behandlingen.

Før behandlingsstart har de en vurderingsdag. Allerede her starter forventningsarbeidet og motivasjonsavklaring av pasientene. Videre sier de i intervjuet at motivasjon og mestring er viktig for behandlingen. De poengterte viktigheten av at de som helsepersonell ikke måtte ha et større ønske om at pasienten skal mestre, enn pasienten selv. De som helsepersonell måtte heller rette søkelyset på å hjelpe pasienten til å finne deres indre motivasjon. Dette er noe de kan jobbe med i psykoterapi. Det blir sagt at dersom behandleren tar over jobben til pasienten i prosessen om å bli frisk vil det alltid være deler av pasienten som kommer til å bremse prosessen. Informantene ser forskjell på hvilke pasienter som er motiverte og ikke.

«Det er stor forskjell på en pasient som har egen motivasjon og en som bare møter opp og forventer å bli frisk».

4.3 Stort behov for tverrfaglig samarbeid

I intervjuet kommer det frem at planlegging og tilrettelegging er noe informantene har fokus på med en gang pasienten kommer. Samarbeid med primærhelsetjenesten og NAV er noe som skjer tidlig i forløpet slik at pasienten får tilrettelegging etter utskrivelse. Behandlingstiden er bare 8 uker, så godt samarbeid i forkant og gjennom forløpet er nødvendig slik at pasienten har en plan før utskrivelsen. En av informantene i intervjuet sa at:

«Enkelte av pasientene føler at tiden går veldig fort og mange vil egentlig ikke dra når de 8 ukene er over».

Det tverrfaglige teamet består av flere ulike profesjoner, hvor informantene forteller at det er interessant at alle tar del i behandlingen enten om man er miljøterapeut eller psykiater. Det kommer frem i intervjuet at ansettelsen gikk ut på hvilken utdannelse de hadde og hva de kunne tilby. Oppgavene deres er veldig spesifikke, men samtidig investerer alle litt i hver arbeidsoppgave. Informantene er enige om at det alltid er rom for fagutvikling, og det er tett samarbeid dem imellom. Dette har lært dem å få en helhet i behandlingen, og ikke bli for opptatt i sitt fagfelt. Det å bygge på hverandres kompetanse og bygge på hverandres sterke sider blir nevnt som et viktig element for å skape et godt tverrfaglig team. I intervjuet kom det frem at tillit, trygghet og det å vise sårbarhet overfor hverandre er noe informantene setter pris på. Samtidig presiserer de at det ikke alltid har vært slik. Det å bygge disse egenskapene sammen som et team tar tid. En av informantene legger til at humor er viktig, noe de resterende informantene sier seg enig. En annen informant forklarer det tverrfaglige samarbeidet slik:

«Det tverrfaglige handler mye om at man hører på hverandre, drar med seg litt av det de andre vurderer og kommer med».

Kompetansen flettes sammen med et tett samarbeid, samtidig som hver enkelt har sine oppgaver. Det er dette som er styrken til et slikt behandlingstilbud, kommer det frem i intervjuet. En informant forteller at de har en felles målsetning, en felles forståelse på måling av fremgang og lik patologi, bedringsforståelse og sykdomsforståelse. Det går igjen at slikt tar tid, men at de nå etter 5 år i samme team har blitt godt samkjørt. Informantene forklarer samarbeidet dem imellom som;

«At alle er ganske velsmurte i arbeidet sitt, det er som et maskineri som går av seg selv».

Kommunikasjon og samhandling med andre enheter som tilbyr tilsvarende behandling er det lite av. Informantene forteller at i starten av det medikamentfrie behandlingstilbudet hadde regionene blant annet fellesmøter sammen. Etter hvert har regionene valgt å gjøre behandlingstilbudet litt på sin egen måte og samarbeidet på tvers har sklidd ut. Samtidig forteller en informant at det har vært noen besøk fra andre regioner som kommer og ser hvordan de arbeider og behandler pasienter.

4.4 Sykepleierens rolle i medikamentfri behandling

I intervjuet med sykepleieren kommer det frem at det er en flytende grense når det gjelder det sykepleiefaglige opp mot andre fagområder. Sykepleier jobber miljøterapeutisk, og har ansvar for ulike gruppeaktiviteter, på lik linje som de andre profesjonene. Samtidig har sykepleier noen egne konkrete oppgaver. Det handler om mottak, kartlegging og oppfølging av medisiner, samt legemiddelsamstemming av pasienten. Den største forskjellen som sykepleier ser fra vanlig psykiatrisk avdeling og til medikamentfri er ansvaret. Det fortelles at det er mer struktur, forventninger og mye mer ansvar i medikamentfri behandling, hvor sykepleier blant annet har egne miljøterapeutiske samtaler.

Gjennom behandlingen er samarbeid og kontakt med pårørende sentralt, noe som hele teamet er en del av, deriblant sykepleier. Samarbeidet går ut på å informere, innhente informasjon og ha en åpen dialog på hva som skjer i behandlingsprosessen. Dialogen er

noe som skjer tidlig i forløpet, og sykepleier poengterer at det her er viktig med den tverrfaglige kompetansen. Videre kommer det frem at flere av pasientene har barn som pårørende, og presiserer at spesielt da er det godt å samarbeide med blant annet sosionomer og barnevernspedagoger. Informanten sier:

«De er veldig gode å ha både i samtalen, men også i veiledningsbiten.»

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Denne oppgaven baserer seg på kvalitative intervjuer. Vi innhentet informasjon fra et fokusgruppeintervju og et èn-til-èn intervju, for å svare på oppgavens problemstilling. Kvalitative intervjuer gir en fyldig og detaljert beskrivelse av det vi forsker på (Christoffersen, et al. 2015, s. 71).

Fokusgruppeintervjuet ble bestående av fire informanter. I utgangspunktet skulle intervjuet bestå av åtte informanter, men grunnet sykdom knytte til coronapandemien måtte noen melde avbud. Malterud (2017, s. 138) viser til at et fokusgruppeintervju bør bestå av mellom fem til åtte deltakere. I motsetning til Malterud vektlegger Dalland at et fokusgruppeintervju kan bestå av kun tre informanter for å skaffe seg tilstrekkelig med data (Dalland, 2020, s. 81). Med dette tatt i betraktning mener vi at fire informanter hadde rikelig med refleksjoner som ga svar på problemstillingen vår.

Informantene svarte ærlig og utfyllende på spørsmålene som ble stilt. Det var en god flyt i fokusgruppeintervjuet fra start. Samtalen gikk av seg selv, det var rom for diskusjon og refleksjon underveis i intervjuet, og informantene utfylte hverandre. Vi stilte også underspørsmål for å lede intervjuet i riktig retning, samtidig som informantene fikk svart på viktige spørsmål. Èn-til-èn intervjuet var vellykket ettersom at informanten svarte godt og utfyllende for seg. Dette ga oss muligheten til å gå mer i dybden i enkelte deler av intervjuet.

Etter å ha jobbet med materialet fra intervjuet, sitter vi igjen med et spørsmål om vi som intervjuet og dem som lot seg intervjuet hadde en lik oppfatning av begrepene recovery og empowerment. Dette er en tanke som bygger på usikkerheten rundt at det blir poengtert både i flere forskningsartikler og fagbøker at recovery tenkningen er et grunnleggende fundament innenfor medikamentfri behandling. Til tross for dette har vi forsøkt å belyse tanken om at dette behandlingssenteret retter fokuset mot empowerment, i større grad enn recovery. Dette med grunnlag i at informantene påpekte at de fokuserte på empowerment tenkning.

Funnene som er gjort til denne oppgaven er basert på et enkelt behandlingssenter i Norge. Vi ser det derfor som nødvendig å nevne at ulike behandlingssentre i landet kan utføre arbeidet på en noe annerledes måte. Funnene i oppgaven korresponderer imidlertid med annen forskning, lovverk og retningslinjer, samt pensumlitteratur.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen skal vi ta for oss hovedfunnene fra analysen, sett i lys av teori og annen relevant forskning.

5.2.1 En intensiv, helhetlig og kunnskapsbasert behandlingsform

Det tverrfaglige teamet fra intervjuet har satt sammen et behandlingstilbud som består av ulike tiltak og behandlingsmetoder. Behandlingen hviler på ulike bærebjelker, der den skal være intensiv, helhetlig og kunnskapsbasert (Helse-mr, 2021). Det kommer frem i intervjuet at behandlingen er en kombinasjon av gruppeterapi, gruppeaktiviteter og individuelt intensivt opplegg. I følge Wilber & Karterud (2001) er gruppeterapi helt uunngåelig for å opprettholde en helhetlig behandlingsform innenfor psykisk helsevern, med særlig fokus på personlighetsforstyrrelser. Gruppeterapi kan føre til at pasientene får støtte og råd fra likesinnede (Jacob et al. 2010). Det er likevel verdt å merke seg at gruppeterapi kan føre med seg noen utfordringer for både pasient og helsepersonell. Det kan oppstå en forsterkning av grad av overføring, emosjoner og vansker med nærhet (Karterud & Bateman, 2010). Til tross for dette styrker gruppeterapi behandlingen. Pasientene får mulighet til å gjennomføre aktiviteter sammen, dele tanker og opplevelser, samtidig som de får tid alene til å reflektere og snakke alene med det tverrfaglige teamet. Dette vil kunne være med på å skape en endring i pasientens liv..

5.2.1.1 Pasienten må komme i kontakt med egne følelser

I intervjuet blir bruken av ISTDP-metoden vektlagt og informantene legger også vekt på at den røde tråden i behandlingen er at pasienten skal komme i kontakt med sine egne følelser. Disse to tankegangene går side om side ettersom at et grunnleggende fokus i ISTDP-metoden er at pasienten må møte følelsene sine, istedenfor å undertrykke dem (UNN,2022). Hansen et. al (2013) beskriver metoden som en hjelp til at pasienten får optimal tilgang på sine konfliktfylte følelser ved bruk av et systematisk fokus. Ulike behandlingsformer appellerer til pasienten sine følelser på ulike måter. Pasientene lærer seg å omfavne følelsene ved hjelp av psykoterapi og livsstyrke, samtidig som de lærer seg å kjenne på følelsene sine på en annen måte ved bruk av friluftsliv og yoga.

5.2.2 Hvem er den medikamentfrie behandlingen for?

Medikamentfri behandling er i hovedsak ment som et alternativ til dem som ikke ønsker psykofarmaka. Psykofarmaka er nyttig og har en god helsegevinst for mange, til tross dette er det mange som opplever utfordrende bivirkninger og at medikamentene ikke gir ønsket effekt (Gonzalez, 2020, s. 414). I intervjuet kom det frem at det tverrfaglige teamet har gått noe bort ifra det regjeringen ønsket som pasientgruppe. Medikamentfri behandling er rettet mot alvorlige psykiske lidelser som tradisjonelt blir behandlet med antipsykotika, i tillegg til pasienter med psykose og personlighetsforstyrrelser (Standal & Heiervang, 2018). Det tverrfaglige teamet fra intervjuet ønsket å rette fokuset bort fra psykose og heller fokusere på pasientgrupper innenfor lettere nevroser, til ganske tunge pasientgrupper som personlighetsforstyrrelser. Uavhengig av diagnosene var det fokuset på behandlingsresistens som var størst hos det tverrfaglige teamet. En av informantene forteller at det er en stor gruppe av pasientene som mottar psykiatrisk behandling og som er vanskelige å behandle. De vil rette søkelyset mot denne gruppen og finne en mulighet til å hjelpe dem til å komme videre i livet på.

5.2.3 Er behandlingen medikamentfri?

Medikamentfri behandling er behandling av psykiske lidelser uten å fokusere på medikamenter. Det er lett å tenke at medisiner ikke er en del av behandlingen siden det

heter medikamentfri behandling, noe som altså viser seg å være feil. Behandlingsformen går ut på at det tverrfaglige teamet endrer fokuset bort fra medisinene i den konkrete behandlingen, men de tilbyr hjelp til nedtrapping til alle som ønsker det. Dersom en pasient har stått på antipsykotika over lenger tid kan det være svært ugunstig å bråseponere medikamentet, ettersom at det øker risikoen for tilbakefall. Det er derfor viktig at behandlingssenteret følger opp og at medikamentet trappes ned gradvis (Gonzalez, 2020, s. 416). Hver enkelt pasient må vurderes forskjellig. Enkelte har forsøkt å trappe ned på antipsykotika tidligere med dårlig utfall og velger derfor å bli stående på medikamentene.

Det er mange pasienter som har medisinlister som ikke er grundig gjennomtenkte. Enkelte står på unødvendige medikamenter, og noen står på ulike medisiner som ikke bør kombineres. IMM – Integrated medicines management, optimalisering av medisiner, er derfor en vesentlig del av behandlingen for enkelte. Psykiateren går grundig igjennom medisinlistene for å sørge for at pasientene står på relevante medikamenter, samt for å undersøke muligheten for nedtrapping. Dette verktøyet sørger for at helsehjelpen som blir gitt er trygg, effektiv og at medisinbruken er rasjonell, og med en konkret hensikt (Scott, et al. 2015).

5.2.4 Utbedring av behandlingen ved bruk av ulike kartleggingsverktøy

Ulike kartleggingsverktøy blir brukt hyppig i løpet av behandlingen. Kartleggingen gir dem et innblikk i hvordan pasientene har det, samt at det tverrfaglige teamet får vurdert eget arbeid. Informantene forteller at det er mye program og at det potensielt er mye som kan virke på en gang. Feedback-systemet er derfor vesentlig her, for å kartlegge at behandlingen går i riktig retning. Ut ifra dette får de et innblikk i hvilke deler av behandlingen som fører til en positiv effekt hos pasientene. Tilbakemeldingene fra pasientene bidrar til en stadig utvikling, samt utbedring av behandlingen. Tidligere forskning viser til en positiv utvikling av behandlingen, etter at de har tatt i bruk tilbakemeldingssystemet (Hovland, 2020, s. 6). Ved bruken av kartleggingen får pasientene mulighet til å komme med tilbakemeldinger angående behandlingen. Behandlingsplanen blir deretter endret og tilpasset pasienten. Ut i fra pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 presiseres det at pasienten selv skal medvirke i behandlingsprosessen så langt det lar seg gjøre (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011, § 3-1). Selve behandlingsplanen til pasienten er fastsatt før pasienten kommer, men det er rom for endring. Gonzalez (2020, s. 448) forklarer at brukermedvirkning skal være et bærende prinsipp i organiseringen av det psykiske helsevernet, og en sentral verdi som nært knyttet til recovery-tradisjonen og menneskerettighetene.

5.2.4 Bruken av empowerment i større grad enn av recovery?

Informantene sier at de ikke bruker recovery prinsippet aktivt i behandlingen, til tross for at recovery begrepet står sentralt hos de fleste institusjonene som tilbyr denne behandlingsformen (Wærness, 2019, s.10). Ved empowerment prinsippet går pasienten gjennom en prosess der pasienten forberedes til å ta kontroll over eget liv og egen helse (Kristoffersen, 2011, s. 338). Recovery på den andre siden omhandler det at pasienten skal leve et tilfredsstillende og håpefullt liv til tross for sine begrensninger (Anthony, 1993). Ved å se på teorien i sammenheng med resultatet tolker vi det som at informantene har et fokus på at pasientene skal bli helt friske, og de gjenspeiler dette i

empowerment prinsippet. Det er en myndiggjøring av pasienten sine opplevelser og pasienten skal komme seg ut av en avmaktssposisjon (Askheim, 2015, s. 11). I motsetning til recovery hvor ideologien går ut på å mestre sykdommen og den livssituasjonen pasienten befinner seg i (Helsedirektoratet, 2014). Til tross for dette mener vi at recovery og empowerment går litt inn i hverandre under en slik type behandling. Recovery og empowerment representerer to prosesser hvor personer med psykiske lidelser skal komme seg og mestre sykdommen sin, og en fellesnevner er at det er pasienten selv som er ekspert på eget liv (Helsedirektoratet, 2014).

5.2.5 Det tverrfaglige teamet bygger på hverandres kompetanse

I psykisk helsevern er det helt nødvendig med et tverrfaglig samarbeid hvor det ofte er en pasient med et komplekst hjelpebehov (Orvik, 2011, s. 251). I folkehelseloven § 2-4 skal kommunen fremme befolkningens helse. Videre kommer det frem at medvirkningen til helsefremmende arbeid skal skje gjennom samarbeid, råd, deltagelse i planleggingen og samarbeid med frivillige sektorer (Folkehelseloven, 2011, § 2-4). Som det kom frem i intervjuet blir det tverrfaglige samarbeidet beskrevet som bredt. Vi ser at godt samarbeid er en gjentakende faktor i flere ulike behandlingsformer. For å øke samarbeidet vil kunnskap om hverandres profesjoner være til hjelp, samtidig vil dette kunne bidra til å utnytte hverandres kunnskap og kompetanse bedre (Galvin og Erdal, 2018, s. 64). Tverrfaglig samarbeid gir rom for flere perspektiver i pasientbehandlingen, som Ødegård (2018, s. 78) forklarer det ved at alle profesjonsgruppene har med sitt par med ``lesebriller``. Når alle profesjonene deltar aktivt i behandlingen, vil dette utgjøre en helhet som er større enn summen av bidragene fra hver enkelt (Orvik, 2011, s. 251). Informantene forklarer at kompetansen deres flettes sammen til et tett samarbeid dem imellom hvor de deler erfaringer og kunnskap, noe som bidrar til større merverdi. Helsedirektoratet (2018) skriver at for å kunne yte bedre tjenester er det viktig at merverdien utnyttes ved kunnskapsdeling.

Som Hippokrates helseideal skal det være en helhetstenkning i behandlingen (Martinsen, 2003, s. 143). Vi kan sammenligne Hippokrates helseideal med Roy sin tenkning hvor det er en helhetlig tilnærming til mennesket (Kristoffersen, 2016, s. 41-42). Som informantene forklarer har det å samarbeide lært dem å få en helhet i behandling. Ved at de unngår å bli for opptatt i sitt fagfelt, men heller tar til seg kompetanse og erfaringer fra de andre profesjonene. I tillegg får informantene et helhetlig innblikk i pasientens behov ved å utføre kartlegging når pasienten ankommer behandlingsstedet. Helsearbeiderne utfører en kortsiktig plan som kun varer de 8 ukene pasienten er under behandling. De utarbeider samtidig en langsiktig plan i samarbeid med pasienten og eventuelt andre tjenestelinjer, som vil vare etter endt behandling.

Gjennom egne erfaring som sykepleiere i praksis har vi sett betydningen av det tverrfaglige samarbeidet. Utveksling av informasjon i samarbeidsmøter med alle profesjoner gir økt forståelse av pasienten, og dermed bedre mulighet for å kunne hjelpe pasienten. Vi har selv erfart å samarbeide med forskjellige profesjonsgrupper. Dette gjorde at vi fikk innblikk i hvordan de andre profesjonene arbeider, noe som bidro til flere erfaringer og økt kompetanse hos oss, likt som Orvik (2011, s. 251) skriver.

I artikkelen til Baggs et al. (1999) blir det forklart at utfallet for det tverrfaglige samarbeidet kan påvirkes av hvordan samarbeidet mellom de ulike profesjonene fungerer. Noe som kommer frem i intervjuet er at et godt tverrfaglig samarbeid blir bygget opp over tid. Informantene forklarer at tillit, trygghet og humor er noe som er viktig i teamet deres. Iversen og Hauksdottir (2020, s. 105) forklare at hvordan vi kommuniserer, arbeider og samarbeider blir påvirket av verdiene en har, og det forventes at profesjonene har tillit og respekt som gode verdier. I intervjuet forklarer informantene at det ikke alltid har vært slik som Iversen og Hauksdottier skriver, men at informantene har bygget opp tillit og trygghet til hverandre over tid.

Gonzalez (2020, s. 54) skriver at profesjonsgruppene må ha en del til felles når de inngår i et tverrfaglig samarbeid, grunnet både felles temaer og fokus i behandlingen. Informantene forklarer at de har blant annet en felles målsetning og en felles forståelse på måling av fremgang. En felles målsetning er viktig å komme frem til slik at det ikke oppstår en interessekonflikt mellom profesjonene. Galvin og Erdal (2018) forklarer at en interessekonflikt fort kan oppstå hvis målet og hensikten med samarbeidet er utydelig mellom profesjonene.

5.2.6 Sykepleier i en flytende rolle

Sykepleier forteller i intervjuet at det er en flytende grense når det gjelder det sykepleiefaglige og deres rolle i behandlingen. Karlsson og Kim (2015, s. 10) har skrevet en artikkel hvor de belyser dette temaet. De skriver at sykepleier opplever rollen sin som delvis flytende og i endring, samtidig som oppgavene overlappes med andre fag- og yrkesgrupper. Kunnskap om de andre profesjonsgruppene, vil bygge på sykepleierens kompetanse og kan bidra til et bedre samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Dette blir også presisert av Galvin og Erdal (2018, s. 22) som skriver "tverrfaglige og tverretatlige møter kan bidra til å bygge opp kompetanse og øke kunnskapsnivået hos de ulike yrkesutøverne."

Sykepleier forteller i intervjuet at samarbeid og kontakt med pårørende står sentralt gjennom behandlingen til pasienten. Involvering av pårørende har stor betydning i behandling av pasienten, da pårørende kan være en viktig ressurs. Ved samtykke av pasienten eller at forholdene tilsier det, har nærmeste pårørende rett om informasjon om helsetilstanden og helsehjelpen som ytes til pasienten, i følge pasient- og brukerrettighetsloven (2018, §3-3).

Mange av pasientene har barn, og nytten av å ha barnevernspedagoger i teamet kommer spesielt frem her. Helsedirektoratet (2018) skriver at tilrettelegging for en god dialog med pårørende bør prioriteres. Forståelsen av pasientens situasjon kan være vanskelig, spesielt for barna. Viktigheten med godt samarbeid mellom barnevernspedagog og sykepleier hvor de kan bygge på hverandres kompetanse blir spesielt viktig i slike situasjoner for å kunne møte de pårørende på en best mulig måte.

Sykepleier må ha forståelse for hvordan et tverrfaglig team fungerer og være trygg på egen kunnskap og erfaringer. For å utvikle et godt tverrfaglig samarbeid er det noen sentrale forutsetninger, som blant annet omhandler at man skal være bevisste og tydelige på egen fagspesifikk kompetanse (Helsedirektoratet, 2018). Det er derfor viktig at sykepleier greier å formidle sitt fag og løfte frem kunnskapene i det tverrfaglige teamet. Etter som det kun er en sykepleier i dette teamet, blir det et stort ansvar for

sykepleier alene å skulle formidle sitt fagfelt. Derfor enda viktigere å ha forståelse for tverrfaglighet og sykepleiefaglige kunnskaper.

6 Konklusjon

Medikamentfri behandling innebærer en rekke ulike behandlingsformer og behandlingstiltak uten fokus på psykofarmaka. Funnene viser at det er valgfritt om pasientene vil bli stående på medisiner, trappe ned eller avslutte. Behandlingen blir bygget på ulike prinsipper som ISTDP og empowerment, hvor den røde tråden i behandlingen er at pasienten skal komme i kontakt med sine egne følelser.

Ut ifra våre funn har vi kommet frem til at tverrfaglig samarbeid er nødvendig i den medikamentfrie behandlingen. De ulike behandlingsformene krever et bredt kunnskap- og kompetansenivå fra ulike profesjonsgrupper. Profesjonsgruppene jobber tett sammen, hvor de deler kompetanse og erfaringer. Dette bidrar til en helhetlig behandling og økt kompetanse hos informantene. Videre viser funnene at det tar tid å bygge opp et godt tverrfaglig team. Det kommer frem at å vise respekt, tillit og forståelse overfor hverandre er viktig for at det tverrfaglig samarbeidet skal fungere. Funnene viser til at det tverrfaglige teamet har mange av de samme arbeidsoppgavene til tross for deres ulike profesjoner. Sykepleier har ansvaret for medisiner og utføring av legemiddelsamstemming, men utenom dette kommer det frem at det er lite spesifikke sykepleieoppgaver.

Funnene viser at de ulike regionale helseforetakene i Norge har ulike fokusområder. Våre studier er begrenset til et behandlingssenter i Norge. Vi mener at det er relevant å kunne innhente mer kunnskap om medikamentfri behandling innenfor et større spekter, hvor flere behandlingssenter blir belyst.

Referanser

- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), pp. 11-23
- Askheim, O.P. (2015). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D., & Hutson, A. D. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical care medicine*, 27(9), 1991-1998.
- Bø, I., & Helle, L. (2010). *Pedagogisk ordbok: Praktisk oppslagsverk i pedagogikk, psykologi og sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningen*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2016, 12.april). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Galvin, K & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis - til beste for barn og unge i kommune-norge*. (4 utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Gonzalez, M. (2020). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.
- Hansen, R. S., Bakkevig, J. F., Langvasbråten, B., & Solbakken, O. A. (2013). Følelser som forandrer–Intensiv dynamisk korttidsterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 838-844.
- Hauksdottir, N. (Red.). (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid – kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester*. Gyldendal.
- Heskestad, S., Kalhovde, A. M., Jakobsen, E. S., Tytlandsvik, M., Horpestad, L., & Runde, I. K. S. (2019). Medikamentfri psykiatrisk behandling–hva mener pasientene?. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Helse Møre og Romsdal. (2021, 22. februar). *Medikamentfri behandling, psykisk helsevern*. Helse-mr. [Medikamentfri behandling, psykisk helsevern - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](https://www.helse-mr.no/medikamentfri-behandling-psykisk-helsevern)

- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Veileder.pdf* ([helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no))
- Helsebiblioteket. (2017, 05. juni). *IMM-modellen -optimalisering av legemiddelbehandlingen*. Helsebiblioteket. *IMM-modellen – optimalisering av legemiddelbehandling - Helsebiblioteket.no*
- Helsedirektoratet. (2018, 16.januar). *Dialog med pårørende*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/involvere-paraende-i-utredning-behandling-og-oppfolging-av-pasient-eller-bruker/dialog-med-paraende#legg-til-rette-for-forutsigbar-dialog-med-paraende>
- Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2018, 25.april). *Samarbeid med pårørende*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/samarbeid-og-kommunikasjon-om-voldsrisikohandtering/samarbeid-med-paraende>
- Helsedirektoratet. (2018, 12.juli). *Medvirkning, informasjon og kommunikasjon*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon>
- Hovland, R. T. (2020). Kliniske tilbakemeldingssystemer i psykisk helsevern- implementering og praktisering.
- Jacob, Gitta A, Gabriel, Susanne, Roepke, Stefan, Stoffers, Jutta M, Lieb, Klaus & Lammers, Claas-Hinrich. (2010). Group therapy module to enhance self-esteem in patients with borderline personality disorder: a pilot study. *International journal of group psychotherapy*, 60(3), 373-387.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser
- Karlsson, B. & Kim, S. H. (2015). *Sykepleie i kommunalt og psykisk helse- og rusarbeid*. <https://www.nosf.no/sites/default/files/2022-01/sfpr-2015-forskningsrapport-nr.16-2015.pdf>
- Karterud, S. & Bateman, A. (2010). Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala: versjon individualterapi. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kjøbli, J., Tollefsen, T. K., Jakobsen, R., Baraldsnes, A., Brunborg, B. & Breivik, K. (2018). Nytt av tilbakemeldinger. *Psykologi*. <https://www.norwayhealthtech.com/nb/member/checkware/>
- Larsen, T. B. (Red). (2018). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2.utg). Fagbokforlaget.
- Lied, N. H. (2020). Psykisk sykdom og motivasjon for fysisk aktivitet. NTNU Open. [NTNU Open: Psykisk sykdom og motivasjon for fysisk aktivitet](https://www.ntnuopen.no/psykisk-sykdom-og-motivasjon-for-fysisk-aktivitet).

- Malt, U. & Aslaksen, P. (2020, 3. november). *Psykiske lidelser*. Store medisinske leksikon. https://sml.snl.no/psykiske_lidelser
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathisen, L. (2016, 31. oktober). *Kvalitetssikring av behandling med medisiner*. Sykehusapoteket. [Kvalitetssikring av behandlingen med medisiner - Sykehusapotekene](#)
- Martinsen, K. (2003) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2018) *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Meland, C. & Dammen, C. (2015, 26. november). *Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern – oppfølging av oppdrag 2015*. Regjeringen. [Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015 - regjeringen.no](#)
- Moi, E.B, Søderhmn, U., Marthinsen, G.N. og Flateland, S.M (2019). *Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell*. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke, en innføring i sykepleieetikk*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal.
- Norway Health Tech. (2007). *Check Ware*. Norway Health Tech. [CheckWare - Norway Health Tech](#)
- Orvik, A. (2011). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2021). *Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende*. LOV-2021-05-07-31. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-4
-
- Regjeringen. (2015, 26.november). *Medikamentfrie tilbud i psykiskhelsevern – oppfølging av oppdrag 2015*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte_brev/2015/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/
-
- Regjeringen. (2021, 08 november). *Regjeringen satser på psykisk helse*. Regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-satser-pa-psykisk-helse/id2885021/>
- Rønbeck, A.E. (2018, 17.januar). *Tverrfaglig samarbeid i og utenfor ansvarsgrupper*.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 132-147.

- Scott, M. G., Scullin, C., Hogg, A., Fleming, G. F., & McElnay, J. C. (2015). Integrated medicines management to medicines optimisation in Northern Ireland (2000–2014): a review. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 22(4), 222-228.
- Seierstad, A. & Levin A. (2020). Psykiatri: IMR-metoden legger vekt på menneskets ressurser. *Sykepleien*.10.4220.Sykepleiens.2020.81948 [Psykiatri: IMR-metoden legger vekt på menneskets ressurser \(sykepleien.no\)](#)
- Standal, K., & Heiervang, K. S. (2018). Medisinfri behandling – et omstridt og etterlengtet tilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 335-346.
-
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk – helsekompetanse og brukermedvirkning*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2022, 01. februar). *Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) – Tromsø*. UNN. [Intensiv dynamisk korttidsterapi \(ISTDP\) - Tromsø - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#)
- Ødegård, A. (Red.). (2018). *Tverrprofesjonell samarbeidslæring – for bachelorstudenter i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Øvernes, L., A. (2019). *Medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser*. Hentet fra: [Medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser \(helse-bergen.no\)](#)
- Wilberg, Theresa & Karterud, Sigmund. (2001). The place of group psychotherapy in the treatment of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(2), 125-129.
- Wærness, G. (2019). *"Det går ikke knirkefritt, dette her"-Miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern* (Master's thesis, UiT Norges arktiske universitet).

Vedlegg

Fokusgruppeintervju

- Hvem er dere? (skape relasjon)
 - Erfaring
 - Hvor lenge har dere jobbet her?

- Kan dere fortelle litt om hva den medikamentellfrie behandlingen går ut på?
 - Hva er det?
 - Hvem er det tilegnet?
 - Hva er målet med behandlingen?

- Hvilke erfaringer har dere med behandlingen?
 - Statistikk?
 - Hvor mange har positive erfaringer med behandlingen?
 - Er det mange som gå tilbake til medikamentell behandling?
 - Har dere erfaringer med et lignende tilbud fra et annet sted?

- Hvordan motivere dere pasientgruppen?
 - Til å ta del i de ulike tilbudene
 - Gjør dere beviste tiltak for å motivere?

- Hvordan ser en uke ut?
 - Hva er arbeidsoppgavene deres i løpet av en uke?
 -

- Bruken av individuell plan?
 - Hvordan tilrettelegger dere tilbudet til hver enkelt pasient?

- Hvordan fungerer det tverrfaglige arbeidet?
 - Hvordan fordeles arbeidsoppgavene?
 - Hva legger dere vekt på gjennom samarbeidet?

- I hvor stor grad blir recovery brukt?
 - Er dette noe dere er beviste på?

Sykepleier – en til en intervju

- Hvem er du?

- Hva var motivasjonen din for å arbeide med denne type behandling?

- Hva er det du som sykepleier bidrar med i den mediakmentellfrie behandlingen?

- Har du jobbet innfor psykiatrien tidligere?
 - Hvis JA: Er det noen klare forskjeller rundt pasientgruppene og arbeidsoppgavene?

- Hvordan er det å jobbe med et såpass nytt behandlingstilbud?

