

Denne filen er hentet fra **Lovisenberg diakonale høgskoles** institusjonelle arkiv  
[LDH Brage](#).

## Sykepleieres utfordringer med å undervise om legemiddelbehandling i psykiatrisk avdeling

**Alna Ryttersveen Johansen**

Lovisenberg diakonale sykehus

**Hans Martin Nussle**

Lovisenberg diakonale sykehus

**Kjersti Sundbye**

Lovisenberg diakonale sykehus

**Margrete Hestetun**

Lovisenberg diakonale høgskole

Ved henvisning til [publikasjonen](#), bruk fullstendig referanse:

Johansen, A. R., Nussle, H. M., Hestetun, M., & Sundbye, K. (2014). Sykepleieres utfordringer med å undervise om legemiddelbehandling i psykiatrisk avdeling. *Sykepleien Forskning*, 9(4). doi:<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0172>

**Rettigheter:**

[Sykepleien forskning](#) er et online Open Access tidsskrift som tillater publisering i institusjonelle arkiv. Les mer: <https://sykepleien.no/om-sykepleien>

NETTSTED FOR 100 000 SYKEPLEIERE

Sykepleien

Skriv inn ditt søk her



# Sykepleieres utfordringer med å undervise om legemiddelbehandling i psykiatrisk avdeling

Studien viser at sykepleiere er utrygge på egen kompetanse om legemidler og derfor vegrer seg for å ta større ansvar for undervisning om legemiddelbehandling.

## SAMMENDRAG

## ENGLISH SUMMARY

Bakgrunn: Sykepleierne ved en lukket psykiatrisk sengepost stilte spørsmål ved hvordan de skulle ivareta sitt ansvar for å undervise om legemidler til pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Hensikt : Hensikten var å beskrive sykepleiernes erfaringer om eget undervisningsansvar ved legemiddelbasert behandling og hvilke utfordringer de opplever i denne rollen.

Metode: Studien har et kvalitativt hermeneutisk design med datainnsamling fra to fokusgruppeintervjuer med henholdsvis fem og sju sykepleiere.

Resultater: Studien avdekket en tilfeldig praksis. Sykepleierne opplevde uklar rollefordeling mellom sykepleiere og leger og var engstelige for å tråkke i «legens bed». Undervisningen var mer initiert av pasienten enn at sykepleierne hadde det på sin

## FORFATTERE

### **Aina Ryttersveen Johansen**

Psykiatrisk sykepleier og rådgiver  
Ansatt ved Lovisenberg diakonale sykehus

### **Hans Martin Nussle**

Psykiatrisk sykepleier og avdelings  
Ansatt ved Lovisenberg diakonale s

### **Kjersti Sundbye**

Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie  
Ansatt ved Lovisenberg diakonale s

### **Margrete Hestetun**

Førstelektor og studieleder  
Ansatt ved Lovisenberg diakonale høyskole

## Invitert kommentar

agenda. Det kom fram at sykepleierne var utrygge på sin kunnskap om legemidlene, på undervisningsmetoder, samt hadde behov for økte kommunikasjonsferdigheter.

Konklusjon: Man må ha større oppmerksomhet på formalisering av tverrprofesjonelle arbeidsprosesser hvor pasienten er aktivt medvirkende. Og man må utvikle kompetanseprogrammer hvor brukererfaring integreres. Sykepleierens pedagogikk- og kommunikasjonsferdigheter, samt kunnskaper om legemidlene må styrkes.

## [Sykepleier må ta ansvar](#)

### Introduksjon

En vesentlig del av behandlingen til personer med alvorlige psykiske lidelser er legemiddelbasert (1–7). Medvirkning og styrking av folks egne krefter er et viktig behandlingsperspektiv i dagens psykisk helsevern (8–11). Systematisk opplæring og formidling av kunnskap til pasienter er derfor anbefalt i flere nasjonale faglige retningslinjer (4,5,12). Styrking av pasientens medvirkning innebærer endring fra «forordning» hvor pasienten forutsettes å adlyde, til vektlegging av samarbeid hvor man kommer til en felles forståelse med pasienten om den legemiddelbaserte behandlingen (6,13,14). Lorem et al.'s studie er basert på intervju av pasienter med erfaring med antipsykotisk medikasjon. Denne viser blant annet til at pasienten ofte ikke er i stand til å samtykke eller uttrykke sine preferanser på det tidspunkt bestemmelser om behandlingen blir tatt. Studien viser behov for større vekt på informasjon og dialog med pasienten om hensikten og innholdet i legemiddelbehandlingen. Oppfølging gjennom hele behandlings- og bedringsprosessen kan gi økt gjensidig forståelse, motvirke pasientens negative

erfaringer, og øke pasientens deltakelse i egen behandling (15).

Flere internasjonale studier bekrefter at sykepleierne har en betydelig rolle ved gjennomføring av legemiddelbasert behandling til personer med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig vises det til at sykepleierne har behov for mer kunnskaper om farmakologi, legemiddelets virkning og bivirkning for å kunne ivareta undervisningsrollen (6,16–18). Kemppainen m.fl. (2003) hevder i sin studie at mer kunnskap på dette området vil føre til mer omfattende pasientopplæring (18).

Mangel på kunnskap om undervisning og læring, og at sykepleierne snakker lite om sin undervisningsfunksjon, kan være momenter som begrenser pasientundervisningen (19). Videre er oppøvelse av ferdigheter og evne til kunnskapsformidling sentralt i undervisningsrollen (20). Undervisningen må tilpasses pasientens individuelle behov og sykepleierne må benytte intervensjoner som passer til konteksten, pasientens livssituasjon og hverdagsliv utenfor sykehuset (16,21). Det innebærer at sykepleierne må kunne ta i bruk ulike undervisningsstrategier (6,14,16,19,20,22). Granum og Halse (2010) har ikke et spesielt perspektiv på pasienter med psykiske lidelser, men hevder generelt at det er rimelig å anta at dess bedre kunnskap sykepleieren har om pasientundervisning, desto større er muligheten for pasientundervisning.

I litteraturgjennomgang finner vi studier som enten ser på psykiatrisk sykepleiers rolle, generell undervisningsrolle, administrering av legemidler

generelt eller forskning knyttet til oppfølging av legemiddelbehandling. Innenfor det siste temaet er det også pasientundersøkelser. Vi finner ikke studier i en sammenliknbar kontekst, som omhandler sykepleiernes erfaringer om eget undervisningsansvar og rolle ved gjennomføring av legemiddelbasert behandling til pasienter med psykiske lidelser.

## Metode

Studien ble initiert som et utviklingsprosjekt og foretatt i en norsk storby på en lukket døgnpost med 15 plasser. Pasientgruppen har alvorlig psykoseproblematikk, og mange har rusdiagnoser i tillegg. Flere av pasientene er innlagt etter lov om tvungent psykisk helsevern.

Studien har et kvalitativt hermeneutisk design hvor data samles inn gjennom fokusgruppeintervju. Metoden er godt egnet til å få deltakerne til å beskrive opplevelser, tanker og vurderinger knyttet til studiets tematikk (23–25). Dermed får man fram personlige erfaringer, ikke generelle vurderinger. Informasjonen framkommer i en dynamisk interaksjonsprosess hvor gruppeinteraksjonen brukes bevisst for å produsere data som det ellers ville vært vanskelig å frambringe (25).

Studien ble initiert fra ledelsen ved posten og deltakerne ble rekruttert ved hjelp av muntlig og skriftlig informasjon. Alle sykepleierne ble invitert til å delta i studien. Tolv sykepleiere (90 prosent) samtykket skriftlig til å delta. Deltakerne hadde

vært ansatt mellom ett og 14 år, og halvparten hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer med henholdsvis sju og fem sykepleiere. Intervjuene ble foretatt av to høyskolelektorer der én intervjuet og den andre tok skriftlige notater. Materialet ble analysert i flere trinn ved at man dannet seg et helhetsinntrykk ved identifisering og kategorisering av sentrale temaer, og abstrahering av innholdet. Videre ble dette tolket og sammenfattet slik det framkommer i resultatpresentasjonen. Dette samsvarer med anbefalinger av Kvale, Lerdal og Karlsson, og Malterud (23–25). Svakheten ved å bruke notater er at man kan miste nyanser i datamaterialet. Dette ble forsøkt minimalisert ved at det i tillegg til notater under intervjuene, ble skrevet en oppsummering umiddelbart etter gjennomført intervju. Videre ble datamaterialet lagt fram for deltakerne der det var mulighet for utdyping og korrigerende, noe som også ble ansett som en viktig nyansering og verifisering av resultatene (23,25).

## Resultater

Beskrivelsene av egen praksis var preget av iver, åpenhet og kritisk refleksjon i intervjuene. Sykepleierne var enstemmige om at de hadde et undervisningsansvar ved gjennomføring av den legemiddelbaserte behandlingen. Innholdet i ansvaret var imidlertid ikke en tydelig og integrert del av deres daglige funksjon. De beskrev en kompleks kontekst med mange utfordrende faktorer. Følgende hovedområder framkom:

## Vilkårlig praksis

Alle deltakerne var enige om at avdelingen ikke hadde noen form for standardisert og ensartet praksis når det gjaldt å ivareta undervisning til pasientene om den legemiddelbaserte behandlingen. Dette gjaldt både for sykepleiere og leger. Noen deltakere ga uttrykk for at de tok opp temaer relatert til legemiddelbehandlingen i daglig samtale med pasienten. Andre mente det nesten var fraværende, beskrevet som «når pasienten spør om noe» eller «når anledningen byr seg». Deltakerne beskrev en vilkårlig praksis.

Flere sykepleiere viste til erfaringer fra andre sammenhenger der undervisning var en naturlig del av behandlingen for å styrke pasientens medvirkning i egen behandling. «Når jeg jobbet i somatisk avdeling var undervisning en selvfølgelighet ... Jeg har astma og har fått fantastisk oppfølging med astmaskole en gang i måneden i et halvt år. Dette føler jeg ikke at våre pasienter får ... og de har kanskje enda mer behov for det.»

Sykepleierne beskrev erfaringer med spontane situasjoner som kunne gitt mulighet for undervisning, men hvor rammefaktorer som tid og egnet sted ble opplevd som hindringer. Videre ble mangfoldet i pasientgruppen oppfattet som en stor utfordring for å legge til rette for en mer systematisk og planlagt undervisning. Deltakerne utdypet dette med at pasientgruppen har ulike verbale ferdigheter og nedsatt evne til å oppfatte og huske informasjon. Videre beskrev deltakerne

erfaringer med at pasientene har svært ulik sykdomsinnsikt og behandlingsmotivasjon, varierende diagnose, alder for gjennombrudd, sykdomsfase og sykdomstegn. Dette var individuelle variabler som de erfarte kunne utfordre pasientens evne til å motta undervisning og veiledning. «Man må ikke undervurdere den kunnskapen og årelange erfaringen mange har på dette området. Viktig at vi er ydmyke for dette.» Deltakerne beskrev også pasientenes tidligere erfaringer med legemidlers virkning og bivirkninger, samt eventuell tvangsbehandling, noe som kunne påvirke pasientens mottakelighet for undervisning.

### **Uklar rollefordeling**

Deltakerne uttrykte ansvars- og oppgavefordelingen mellom sykepleiere og leger som utydelig og uavklart. Det ble hevdet at ansvar for behandling med legemidler henger sammen med ansvar for diagnostisering, og at samtale om dette er noe legen gjør. En sykepleier uttalte at vedkommende ikke ville risikere å «få refs for å ha gått inn i legerollen», og flere deltakere uttrykte usikkerhet på hvordan de skulle besvare spørsmål fra pasienten: «Hva svarer jeg når pasienten sier at denne medisinen blir brukt til de som har schizofreni, men det har jo ikke jeg! Har jeg det?»

Det ble gitt mange eksempler på at sykepleiere brakte spørsmål fra pasienten videre til legen. Deltakerne hadde erfaring med at disse spørsmålene ikke alltid ble fulgt opp. «Når en pasient blir satt på et nytt medikament, så er det jo



legen som har ansvar for å forklare hvorfor, virkning og eventuelle bivirkninger. Men vi ser at dette ikke alltid skjer, og hva som er mitt oppfølgingsansvar synes jeg er litt vagt.»

Sykepleiere beskrev at de ofte benyttet den enkle løsningen å skyve alt ansvaret over på legen, noe som var fristende å gjøre i situasjoner der pasienten ikke hadde noen oppfatning av at han var syk og dermed ikke ville ha legemidler. «Da er det lett å si at det er legen som forordner og bestemmer ... og at jobben vår er å sørge for at de blir gitt. På den måten fraskriver jeg meg ansvar og skyver alt over på legen. Det er jo egentlig ikke meningen, men ... og en enkel unngåelse var å si «snakk med legen du»». Deltakerne var samstemte om at det var behov for et tettere samarbeid mellom leger og sykepleiere. Likeledes at det var behov for en mer ensartet praksis for unngå at samtaler og undervisning til pasienter om legemiddelbehandling ble tilfeldig håndtert. Dette ble begrunnet med erfaringer med at «legen sier noe og vi sier noe annet, eller det unnlates.»

## **Legemiddelkompetanse**

Deltakerne hevdet at de hadde erfaringer med at både grunnutdanningen og tverrfaglig videreutdanning i for liten grad tester kunnskaper om psykofarmaka i studiekrav og eksamener. I tillegg mente de at det var viktig å tydeliggjøre kravene sykepleiere har til å oppdatere seg faglig etter gjennomført utdanning. Flere deltakere ga uttrykk for at de var usikre på hvorvidt deres egen kunnskap om legemiddelbehandling var

tilstrekkelig. Av den grunn var de tilbakeholdne når det gjaldt undervisning og veiledning til pasientene. Ved konkrete spørsmål fra pasienter om legemidler, sa enkelte sykepleiere at de baserte sin informasjon på pakningsvedlegget fra legemiddelprodusenten, mens andre sa at denne typen spørsmål henviste de til legen.

I tillegg til behovet for mer grundige kunnskaper om legemiddelbehandling, understreket sykepleierne betydningen av økt kommunikasjons- og undervisningskompetanse. Sykepleierne hevdet at erfaring og trening i kommunikasjon var viktig: «Kompetanse på hvordan jeg kan bringe slike temaer inn i samtalen på en god måte, og bli trygg på å prate om medisiner, – det kommer både gjennom utdanning og praksis.» Det ble hevdet at når man har erfaring og trygghet i rollen, faller det mer naturlig å kunne snakke om temaet i planlagte situasjoner, og i spontane situasjoner der pasienten tar initiativ.

## Diskusjon

Til tross for at sykepleierne ga uttrykk for at de hadde ansvar for undervisning og veiledning til pasientene om legemiddelbehandlingen, bekreftet funnene at sykepleierne av flere ulike grunner vegret seg for å ta dette ansvaret. Deltakerne i studien beskrev en kompleks kontekst hvor de inntok en avventende posisjon. Hindringer for en endret praksis kan relateres til to hovedtemaer:

samarbeid mellom sykepleier, lege og pasient  
sykepleiernes kompetanse

## Samarbeid

Sykepleierne i studien opplevde egen undervisningsrolle i tilknytning til legemiddelbasert behandling både som uavklart og som et spenningsfelt der de fryktet å trå inn i deler av legens ansvars- og funksjonsområde. At pasienten følges opp med hensyn til informasjons- og undervisningsbehov, er oppgaver som begge yrkesgrupper har ansvar for uten at dette konkretiseres nærmere i Lov om helsepersonell (26). I konteksten som sykepleierne i studien befant seg i, var det verken muntlig eller skriftlig avklart hvordan sykepleier og lege skulle samhandle for å sikre tilpasset informasjon og undervisning om legemiddelbehandlingen.

Det var heller ikke en etablert praksis som tydelig vektla at pasienten deltok i dialog om mål med legemiddelbehandlingen. Å jobbe mot mål man er enige om, samt hjelpe pasienten til å følge opp sin egen medikasjon, er sentralt i arbeidet til sykepleiere i psykisk helsevern (6). Det er imidlertid tydelig at sykepleierne i denne studien opplever seg som avhengige av legenes tilslutning og samarbeid. Sykepleierne i studien til Happell m.fl. (16) ser ut til å ha en tydeligere selvstendighet når det gjelder å samtale med pasienten om legemidler. Hvordan sykepleierne oppfatter sin egen og legenes rolle er sannsynligvis betinget av kultur og tradisjon. Hvis normen i posten har vært preget av at samtaler om legemidler er legens domene, er det sannsynlig at sykepleierne stiller seg avventende.

Sykepleierne i studien beskrev en «mellomposisjon», hvor de brakte pasientens spørsmål videre til legen. Hvis legen ikke responderte på henvendelsen eller dette tok lang tid, inntok sykepleieren igjen en avventende posisjon. Dette samsvarer med hva Freed beskriver som en «Being In-Between»-posisjon, hvor sykepleieren befinner seg i en posisjon uten makt i forhold til legene (27).

De etablerte handlingsmønstrene for relasjonene mellom leger og sykepleiere kan begge grupper innordne seg etter (28). Det trenger ikke være noen som aktivt og bevisst jobber for å opprettholde normen. Det kan like gjerne være at ingen aktivt går inn for å endre rollene og at man «gjør som før». Sykepleierne inntar en avventende posisjon. I situasjoner hvor de burde tatt samtalen med pasienten, så det ut til at den enkleste løsningen var å si: «Snakk med legen du ...».

Pasientene som deltok i Lorem et al.'s studie (2013), anerkjente sitt behov for medisiner og omsorg, men de la vekt på behov for bedre samarbeid med helsepersonell (15). For å styrke pasientens medvirkning og for å kunne oppnå et reelt samarbeid med pasienten om legemiddelbehandlingen, betinger dette temaet en større tverrprofesjonell oppmerksomhet enn hva som framkom som funn i denne studien. Hemingway og Snowden (2012) har ulike posisjoner i sykepleiers tilnærming i legemiddelbehandling. «Adherence» beskrives som en «tilslutning» ved at pasienten vil ta anbefalt medisin, mens «concordance» innebærer en prosess som leder til enighet og delt beslutning (14). Økt vekt på dialog om målet for

legemiddelbehandlingen og å tilrettelegge for utvikling for pasientens autonomi, er behandlingsstrategi mot enighet og delt beslutning (15).

### **Sykepleiernes kompetanse**

Studien avdekker at sykepleierne opplevde manglende faktakunnskap om legemidler. De henviste til at både bachelor- og videreutdanningen i liten grad fokuserte på kunnskaper om psykofarmaka. Utdanningen gir basiskompetanse på generelt nivå, men sykepleierne opplevde ikke at dette var tilstrekkelig for å ha trygghet i undervisningsrollen. Kempainen m.fl. (2003) hevder at mer kunnskap vil øke sykepleiernes evne til å kommunisere om legemiddelbehandlingen og føre til mer omfattende pasientopplæring. Samme studie viser til at de fleste innhentet kunnskap ved å lese blant annet håndbøker og bruksanvisninger på egenhånd. Mulighet for dialog med andre profesjoner for å styrke sin egen kunnskap syntes derimot å være begrenset (18). Happell m.fl. (2002) sier også at sykepleierne henter kunnskaper om antipsykotiske legemidler på egen hånd; fra hefter eller annen skriftlig informasjon, fra legemiddelindustrien og av erfaring (16). En norsk studie fra sykehjem konkluderer med at det er stort behov for mer kunnskap og etterutdanning om legemiddel håndtering og legemidler, og at faglig oppdatering i liten grad skjer på eget initiativ (28). Sykepleiere i denne studien mener kravene til kontinuerlig faglig oppdatering bør tydeliggjøres. Dette avdekker at både den enkelte sykepleier må

ta ansvar, men det er også et systemansvar, for tilrettelegging for kurs, informasjonsmateriell og liknende.

Andre barrierer for pasientundervisning som deltakerne i studien erfarte var kompleksiteten i pasientgruppen. Det dreide seg om variasjoner i kognitiv funksjon, sykdomsforståelse, sykdomsfase, språk og behandlingsmotivasjon. At mange i tillegg er innlagt etter lov om tvungent psykisk helsevern, gjør heller ikke utgangspunktet enklere. Disse spesielle utfordringene knyttet til å lykkes med undervisning til pasientene med alvorlig psykiske lidelser, bekreftes i andre studier. Det krever at man har kompetanse på mange felt. Undervisningen må tilpasses pasientens kapasitet og behov, og vil i tillegg være svært situasjonsavhengig (21,29,30). Dette stiller store krav til sykepleierens fleksibilitet og evne til å balansere mellom ulike tilnærminger. Variasjonen i sykepleierroller fremgår i en svensk studie, hvor ytterlighetene beskrives som «the bulldozer and the ballet dancer» (29). Samtidig har sykepleierne en unik arbeidssituasjon hvor de gjennom hele vekten kan tilpasse undervisning og veiledning til anledninger hvor pasienten er mest tilgjengelig. Det gir mange muligheter til å bruke spontane «gylne øyeblikk» dersom sykepleieren er bevisst, kreativ og har en klar agenda. Sykepleieren må være forberedt på at vanlige sykepleiesituasjoner har pedagogiske potensialer og at denne pedagogiske funksjonen må oppgraderes (31). Granum og Halse (2010) understreker betydningen av at sykepleiere inntar en mer reflektert undervisningsrolle, særlig med tanke på at liggetiden på sykehus er kort og tiden til undervisning mindre. Planlagt

undervisningsopplegg, både individuelt og grupper, kan være med å sikre en mer systematisk opplæring. For eksempel ved bruk av strukturerte skjemaer som mal for refleksjon og samtale (22, 32, 33). Informasjon til pasienten er noe annet enn en prosess hvor man i dialog forholder seg til pasientens tanker, holdninger og erfaring.

For at pasienten skal delta aktivt i egen behandling, må behandlerne kunne benytte ulike pedagogiske metoder som inkluderer støtte, veiledning, rådgiving, informasjon, forklaring og instruksjon (34–37). Kompetanseoverføring mellom sykepleier og pasient stiller altså krav til sykepleiers pedagogiske ferdigheter, men også til relasjonelle ferdigheter og kommunikasjonsferdigheter.

Sykepleierne i studien hevdet at det handlet mye om relasjonens kvalitet i legemiddelsamtaler. De påpekte at pasientens tidligere erfaringer med legemidler var en viktig forutsetning og at de måtte være ydmyke for dette. Oppøvelse av relasjonelle ferdigheter innebærer blant annet evnen til å tilpasse seg pasientens perspektiv og vise anerkjennelse og respekt for dette (38).

### **Studiens begrensninger**

Studien representerer utsagn fra sykepleiere ved en sykehusavdeling på et bestemt tidspunkt. Det er få deltakere, men datagrunnlaget var rikt på informasjon. Man kunne prioritert å utforske enkelte temaer mer i dybden i intervjuene, men det ville gått på bekostning av mangfoldet. Større

studie med flere fokusgrupper, ville gitt større datafangst og andre temaer kunne muligens framkommet. Bruk av ulike datainnsamlingsmetoder, ville gitt mer dybde og detaljkunnskap. Imidlertid anser man at materialet utgjør et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for lokale endringsprosesser. Dette var et vesentlig utgangspunkt for studien. I tillegg avdekker materialet områder for videre forskning.

Erfaringer fra denne studien kan ikke sies å ha overføringsverdi i andre sammenhenger. De som vil anvende resultatene, må selv vurdere gjenkjennbarhet og hvorvidt det har overføringsverdi. Imidlertid er det grunn til å anta at studiens tematikk har relevans for sykepleiere som jobber i lukket døgnpost i psykisk helsevern.

## **Konklusjon**

Studien presenterer sykepleieres erfaring om eget undervisningsansvar ved legemiddelbehandling i en lukket døgnpost i psykisk helsevern. Studien viser at utrygghet på egen kompetanse fører til at sykepleierne vegrer seg for å ta større ansvar for undervisning om legemiddelbehandling. Sykepleierne beskriver mangelfull kompetanse på fagkunnskaper om legemiddelbehandling og undervisningsmetoder, samt uttrykker behov for å styrke sine kommunikasjons- og relasjonsferdigheter. Legemiddelbehandlingen til personer med alvorlige psykiske lidelser står sentralt, og man bør utvikle egne kompetanseprogrammer hvor brukererfaringer integreres i kunnskapen om intervensjonsmetoder.



Likeledes viser studien at det er uklar ansvarsfordeling ved veiledning og undervisning om legemiddelbasert behandlingen til pasienter med alvorlig psykisk lidelse som er innlagt i sykehus. Denne studien viser at tverrprofesjonelt samarbeid ved undervisning må ha større oppmerksomhet. Behandlingsperspektiv som innebærer at pasienten er aktivt deltakende i egen behandling, forutsetter at sykepleiere og samarbeidende helsepersonell tilrettelegger for dette.

Det er behov for struktur og formalisering av arbeidsprosessene på den tverrfaglige arenaen, men også ved kompetansedeling mellom helsepersonell og pasient. «Snakk med legen du», er ikke et alternativ som unnlattelsesmanøver for sykepleierne.

## Referanser

1. Moncrieff J. Psykiatriske legemidler en kritisk introduksjon. Abstrakt forlag, Oslo. 2009
2. Haddad PM, Taylor M, Niaz OS. First-generation antipsychotic long-acting injections v. oral antipsychotics in schizophrenia: systematic review of randomised controlled trials and observation studies. Br J Psychiatry Suppl 2009;52:20–8.
3. Skårderud F, Haugsgjerd S, Ståniche L. Psykiatriboken – sinn – kropp – samfunn. Gyldendal akademiske, Oslo. 2010.
4. Helsedirektoratet. asjonal fagleg retningslinje

for utgreiing og behandling av bipolare lidingar.  
S-1925. 2012.

5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglige retningslinje for Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. IS-1957. 2012.

6. Gray R, White J, Schulz M, Abderhalden C. Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: an international programme of research. *Int J Ment Health Nurs* 010;19:36–44.

7. Opjordsmoen Ilner S. epotbehandling med antipsykotika ved schizofreni og andre psykotiske lidelser. Gyldendal Akademiske, Oslo. 2013.

8. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *J Ment Health* 2004;13:493–505.

9. Slade M, Adams N, O`Hagan, M. Recovery: Past progress and future challenges. *Int Rev Psychiatry* 012;24:1–4.

10. Jacobson N, Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Modell and Explication. *Psychiatr Serv* 2001;4:482–5.

11. Aarre T. Manifest for psykisk helsevern. Universitetsforlaget, Oslo. 2010.

12. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, IS-1948, 2012.

13. Lorem G. Samspill i psykisk helsearbeid.

Forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke. Cappelen Akademisk forlag, Oslo. 2006.

14. Hemingway S and Snowden A. Debating mental health nurses`role in medicines management. Br J Nurs 012; 21:1219–23.

15. Lorem GF, Frafjord JS, Steffensen M, Wang CE. Medication and paticipation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. Nurs Ethics 2014;21:347–58.

16. Happell B, Manias E, Pinikahana J. The role of the inpatient mental health nurse in facilitating patient adherence to medication regimes. Int J Mental Health Nurs 2002;11:251–9.

17. Hemingway S, White J, Turner J, Dewhirst K, Smith G. The medicine with Respect Project: A stakeholder focus group evaluation. Nurse Educ Pract 2012; 12:310–15.

18. Kempainen JK, Buffum M, Wike G, Kestner M, Zappe C, Hopkins R, Chambers KH, Morrow M, Bartlebaugh P. Psychiatric Nursing and medication Adherence. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2003; 41:38–49.

19. Granum V, Halse K. Pasientundervisning krever kunnskap. Sykepleien 2010;98:62–4.

20. Duxbury J, Wright K, Bradley D, Barnes P. Administration of medication in the acute mental health ward: Perspective of nurses and patients. Int J Mental Health Nurs 2010;19:53–61.

21. Koivunen M, Huhtasalo J, Makkonen P, Vålímáki M, Hâtönen H. Nurses`roles in systematic patient edducation sessions in psychiatric nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs 2012;19:546–54.
22. Frøyland H. Legemiddelsamtalen og klinisk kommunikasjon. Fagbokforlaget, Bergen. 2010.
23. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 2009.
24. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien Forskning 2008;3:172–5.
25. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget AS, Oslo. 2003.
26. LOV 1999-07-02-64 Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. nr. 64, 02.07. 1999, sist endret 2007; Helse- og omsorgsdepartementet.
27. Freed PE. Perseverance: The Meaning of Patient Education in Psyhiatric Nursing. Arc Psychiatr Nurs 1998;12:107–113.
28. Olsvold N. Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, 2010.
28. Wannebo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. ykepleien Forskning 2013;8:26–34.
29. Bjørkdal A, Palmstierna T, Hansebo G. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses`

caring approaches in acute psychiatric intensive care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17:510–18.

30. Vuckovich P. Strategies Nurses Use to Overcome Medication Refusal by Involuntary Psychiatric Patients, *Issues Ment Health Nurs* 2009;30:181–7.

31. Granum V. Praktisk pasientundervisning. Fagbokforlaget, Bergen. 2003.

32. Thingnæs G, Johannesen JO. Mestringsbok ved psykose. Hertevig Akademisk, Stavanger. 2010.

33. Håberg M, von Brandis K. Medisinene dine. Noen spørsmål? Informasjon om bruk av legemidler i psykiatrien. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger. 2006.

34. Friberg og Granum i Granum V. Praktisk pasientundervisning. Fagbokforlaget, Bergen. 2003.

35. Kloster T, Granum V. Lærer å formidle kunnskap. *Sykepleien* 2009; 97:64–7.

36. Kloster T. Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? *Vård i Norden* 1997;17:14–20.

37. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. Fagbokforlaget, Bergen. 2008.

38. Vatne S. Korrigere og anerkjenne relasjonens betydning i miljøterapi. Gyldendal Akademisk,

Oslo. 2006.

**Publisert:**

12. desember 2014, 14:56

**Oppdatert:**

07. januar 2015, 15:03