



**Anne-Tove Bjelland** er vernepleier og har jobbet som miljøterapeut i Stemhaugmarka Bofellesskap i 26 år.



**Sissel Lavoll Martinsen** er psykiatrisk sykepleier og har jobbet på sykehjem og psykiatrisk senter. Hun har også jobbet som miljøterapeut i Stemhaugmarka Bofellesskap.

# Best å dø hjemme

Mennesker med utviklingshemming lever lengre enn før. Mange bor i bokollektiv. Hvordan kan vi tilrettelegge for at de får en god avslutning på livet?

ILLUSTRASJON: MONICA HILSEN

«**H**er vil eg bu til eg døyr». Dette var ord som ble sagt av en av beboerne i bokollektivet i møte med politikere da bokollektivet var i fare for å bli nedlagt i forkant av Ansvarsreformen. Ingen tenkte på den tid at beboerne begynte å bli eldre. Dette var en aktiv og sprek gjeng i 40-50 åra. Tanker om aldring eller livsavslutning fantes ikke. Beboerne fikk beholde bokollektivet sitt, og vi fikk følge beboerne over en periode på 22 år.

Bokollektivet ble grunnlagt allerede i 1986. De åtte beboerne kjente hverandre litt fra før. Bofellesskapet var tett med små rom og store fellesarealer. Tjenester blir tildelt etter enkeltvedtak.

Da Ansvarsreformen kom, ønsket ikke beboerne å flytte til botilbud med egne leiligheter. Dette medførte stor mediaoppmerksomhet og en lang politisk prosess. Etter hvert fikk beboerne medhold i at de kunne fortsette å bo i bokollektivet der de trivdes så godt. De hadde flyttet nok. Beboerne var en sammensveiset gruppe og de trivdes i

nærmiljøet sitt. Dette medførte at de fikk mulighet til å bli gamle sammen.

Som fagfolk føler vi oss privilegerte som har hatt mulighet til å følge beboerne fra et aktivt liv der de tok bussen alene til jobb og skole, til de ble gamle og fikk dø hjemme i sin egen seng. Denne artikkelen er erfaringsbasert, og vi skriver om Arne som døde i 2002. Arne ble 61 år gammel og døde hjemme i bokollektivet med venner og personale han hadde kjent gjennom 16 år rundt seg.

Vi så tidlig i aldringsprosessen behovet for å knytte til oss en sykepleier, for å styrke tjenestetilbudet til beboerne og gi trygghet til personale og heve kompetansen på aldring og aldersrelaterte problemstillinger.

Sakte men sikkert så vi alderstegnene komme og at det gikk mot slutten av livet.

Dette var en ny situasjon for oss i personalgruppen. Det var så mange spørsmål som vi plutselig stod ovenfor. Hvor var det best for Arne å tilbringe den siste tiden før han døde? Hva ønsket Arne selv? Hva ønsket familien?





«Tjenestetilbudet  
i kommunen var  
lite forberedt.»



Skulle han få bli hjemme der han var kjent og trygg, eller flytte på sykehjem? Kunne vi i personalgruppen make å møte utfordringene knyttet til oppfølging og livsavslutning i boligen? Utfordringene var mange og vi vil dele våre erfaringer.

#### **ALDRINGSPROSESSEN**

Arne hadde Downs Syndrom, og fikk symptomer på demens i 50-årsalderen. Det gikk syv år fra de første tegnene på demensutvikling til han døde i sin egen seng hjemme i boligen. I samarbeid med

fastlegen ble det avdekket at dette dreide seg om demensutvikling etter at andre tilstander var utelukket. Det ble foretatt jevnlig kartlegging av funksjonsnivået og i løpet av de siste årene utviklet demenssykdommen seg raskt og ble til slutt helt invalidiserende.

Aldringsprosessen hos mange personer med utviklingshemming starter tidlig. Personer med utviklingshemming er mer utsatt for helseproblemer, og de med stor grad av utviklingshemming er mer utsatt enn de med mild utviklingshemming (Thorsen og Myrvang 1990). En rekke studier viser at de får aldersrelaterede helseproblemer tidligere enn andre og har økt tilbøyelighet til å få demens. Spesielt gjelder dette for personer med Downs Syndrom. Denne gruppen har en genetisk disposisjon til å utvikle Alzheimer sykdom.

*«Sykepleieren som ble knyttet til boligen ett år før Arne døde, fikk en avgjørende betydning.»*

Personer med Downs Syndrom har altså større risiko for å få demens, få den tidlig i livet, og oppleve en raskere utvikling av sykdommen enn andre. Forskning viser en aldringsprosess som starter 20 til 30 år tidligere enn for

resten av befolkningen. (Kibsgaard Larsen og Wigaard 2009).

Dette var en ny situasjon for alle instanser. Tidlig i forløpet hadde vi godt samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut når det gjaldt hjelpemidler. Å ha en alvorlig syk og døende person i en bolig for personer med utviklingshemming var uvanlig, og tjenestetilbudet i kommunen var lite forberedt.

Vi hadde lite støtte fra hjemmetjenesten, og fordi vi hadde heldøgnsbemanning kom Arne sist i sykehjemskøen. Imidlertid ble det besluttet, i samarbeid med ledelsen i kommunen, at Arne skulle få bli i boligen og avslutte livet der. Det var stor enighet i personalgruppen, og motivasjonen var høy.

#### **MYE LEGEVAKT**

Arne hadde en fastlege som ikke gikk på hjemmebesøk. Det siste året Arne levde var han ikke i stand til å reise til fastlegen. Han hadde et hyppig forbruk av legevaktjenester med forskjellige leger som ikke kjente Arne og hans sykehistorie. Det var en lite tilfredsstillende situasjon og stor belastning for Arne og personalet.

Sykepleieren som ble knyttet til boligen ett år før Arne døde, fikk en avgjørende betydning. Hun hadde mye erfaring med aldring og livsavslutning. Hun veiledet og gjorde oss trygge i prosessen. Sykepleier og vernepleier opplevde et godt samarbeid rundt Arne, hvor det var mange somatiske problemer å ta fatt i.

Sykdomsbildet hans var komplisert, og det var ikke alltid like lett å tyde symptomene. Samarbeidet både styrket og gav et bredere tjenestetilbud til en alvorlig syk og etter hvert døende mann. Men vi savnet å ha en hjemmetjeneste som kunne tre inn ved behov, og en lege som kjente Arnes sykdomshistorie og bakgrunn og som kunne foreta hjemmebesøk.

Ingen yrkesgruppe kan alene yte adekvate tjenester overfor personer med medfødt funksjonshemning og begynte aldringsproblematikk (Folkestad 2003). Overlege Stein Husebø ved Bergen Røde Kors Sykehjem sier at hjemmesykepleien må være tilgjengelig, og en lege med engasjement og palliativ kompetanse må ha det medisinske ansvaret – døgnet rundt (Husebø og Husebø 2008). Dette er helt nødvendig for å kunne gjennomføre en livsavslutning hjemme.

## MEDBEBOERNE

Da Arne begynte å bli alvorlig syk og nærmet seg slutten av livet, reagerte de andre beboerne. De ble undrende, de forstod ikke, de reagerte med irritasjon og sinne, de viste medlidenhet og empati, men gav også uttrykk for at de var redde. Dette var en helt ny situasjon for dem. En nær venn skulle dø. Medbeboerne ble pårørende.

Personalet diskuterte om hvordan og hvor mye vi skulle informere medbeboerne. Noen mente at vi ikke skulle informere i det hele tatt fordi man var redd for at beboerne ville bli mer urolige. Uenigheten var stor, men vi valgte å gå ut og fortelle på en konkret og rolig måte hva som var i ferd med å skje. Medbeboerne ble informert gjennom hele sykdomsforløpet. Dette var et uttalt ønske fra beboerne selv. Personalet hadde samtykke fra de pårørende om at vi kunne gi denne informasjonen. Informasjonen var generell om det å bli gammel og syk, og at nå trengte Arne hjelp. Da vi så at døden nærmet seg informerte vi om det.

Mennesker med utviklingshemming reagerer som alle andre på tapsopplevelser. Det kan være unntak for de med sterk grad av utviklingshemming. Den utviklingshemmede kan forberedes på en sorgopplevelse via ulike metoder, som bruk av bilder, musikk og samtale der man har døden som tema. Det legges stor vekt på at man bruker konkrete begreper og ikke omskriver døden til søvn, hvile, å bli borte og lignende.

I etterkant har vi spurt en av beboerne hvordan han opplevde måten vi som personale informerte og lot han ta del i det som skjedde med Arne. Han sa at det var godt for han å få vite hva som skjedde. «Tenk å ha vore på jobb og komt heim og han var død og ingen hadde sagt noko!»

Randi Karine Bakken formidler i heftet *Å dele en sorg* utgitt av Kreftforeningen, at medbeboerne til den syke trenger personalet i alle fasene; i sykdomsperioden, for å ta en verdig avskjed og i tiden etter. Det dreier seg om delaktighet og om å legge til rette.

Gjennom sykdomsperioden opplevde personalet at medbeboerne gikk inn på rommet til Arne, la en klut på pannen hans, la lommelykta hans i hendene hans, eller bare satt ved senga og holdt han i hånda. Godnattsangen ble ofte sunget. Da personalet forstod at det gikk mot slutten, ble det lagt til rette for at beboerne kunne gå inn og ta avskjed med ham.

## LIVSAVSLUTNING

Sirkulatorisk og infeksjonsmessig var Arne svært plaget det siste halvannet året han levde. Han gikk gjennom en rekke lungebetennelser og urinveisinfeksjoner. Han fikk blodpropp. Han mistet gangfunksjonen ganske raskt, ble inkontinent og var mer eller mindre sengeliggende siste året han levde. Taleevnen forsvant også det siste året, men han kunne si enkelte ord. Han fikk mange komplikasjoner, spesielt etter flere sykehusopphold.

Til tross for dette opplevde vi at Arne hadde en god livskvalitet i den siste fasen av livet sitt. Han var omgitt av sine medbeboere som besøkte ham hyppig, og familie som han hadde et nært og godt forhold til. Han fikk være i hjemmet

*«Tenk å ha vore på jobb og komt heim og han var død og ingen hadde sagt noko!»*

sitt og hadde personale som kjente ham godt.

Under sykehusopphold utviklet Arne store liggesår på setet. Dette krevde et omfattende sårstell.

De siste dager og timer Arne levde foregikk rolig, til tross for at han hadde anstrengt respirasjon og dødsralling (en støyende respirasjon som blir fremkalt av slim som ligger nede i luftveiene og delvis tetter igjen). Dette ble lindret gjennom subcutane injeksjoner med morfin og scopolamin.

Når aktiv behandling av en sykdomstilstand opphører, er det likevel mye å gi av lindrende behandling, også kalt palliasjon. En god og lindrende palliativ behandling tar



&gt;&gt;

utgangspunkt i alle typer smerter og plager som kan oppstå. Alt fra fysiske og psykiske, til sosiale, åndelige og økonomiske smerter og plager.

Det følger ofte med en rekke plager i den siste fasen av livet, hvor palliativ behandling kan være med å lindre og avhjelpe. Tilstander som pustebesvær, kvalme, forstoppelse, uro, angst, og forvirring kan ofte lindres med gode medikamenter og faglige tiltak (Husebø og Husebø 2008.)

Det fantes ingen plan for Arnes palliative behandling. Blackman og Todd sier at man skal lage en palliativ behandlingsplan så raskt som mulig etter diagnostisering, men evaluere den fortløpende. Alle har forskjellig forløp som man ikke kan forutse eller planlegge på forhånd. Det understrekes også betydningen av å hente inn kompetanse og støtte i form av smertesykepleier eller smerteteam/palliativt team (Blackman og Todd 2005). Da Arne lå for døden, kjente man ikke til at slike tilbud fantes i kommunen. Vernepleier og sykepleier hadde bakvakt de siste ukene, for å trygge personalet, observere symptomer og gi medisiner. Husebø (Husebø og Husebø 2008) anbefaler at man overvåker smertebehandlingen og symptomkontroll som fastlegen har fastsatt, og følger med på effekt, bivirkninger og smerteterapeutiske tiltak og teknikker. Terminalpleie er en vesentlig del av lindringen, som munnstell, stillingsendringer, og å avslutte unødvendige omsorgstiltak. Munnstell har stor betydning for velvære og lindring.

*«Medbeboerne gikk til og fra den døde vennen sin, og de deltok på minnestund og begravelse.»*

Arne gled inn i terminalfasen den siste uken og døden kom stille.



### AVSKJEDSRITUALER

Avskjedsritualer er handlinger som markerer overganger fra liv til død, fra relasjon til separasjon. Det omfatter stell av den døde, syning, begravelse, bisettelse/urnenedsettelse og minnestund. Erfaringer viser at uansett funksjonsnivå så kan beboere med utviklingshemming være til stede. Ritualer i forbindelse med sorg setter den sørgende inn i en sosial og kulturell ramme, og hjelper den sørgende til å legitimere sorgen.

Da Arne døde, var beboerne rolige og forberedt på hva som skjedde. De var blant de første som gikk inn til ham da det ble klargjort for syning. Syning er når man går inn til den avdøde og tar et siste farvel. Da skal rommet være ryddet, den avdøde er lagt fint tilrette i senga, det er pyntet med duk, blomster og tente lys. Det skal være en høytidelig ramme rundt. Dette kan skje i boligen eller på kapellet etter at begravelsesbyrået har lagt avdøde i kista. I faglitteraturen understrekes det at spesielt syning kan være vesentlig for at et menneske med utviklingshemming skal forstå at døden er endelig

Etter at Arne døde, lå han et døgn på rommet sitt. Vi mener at dette er en viktig del av sorgprosessen for oss alle. Medbeboerne gikk til og fra den døde vennen sin, og de deltok på minnestund og begravelse. Alle personalets bekymringer om at dette ville medføre økt uro og utfordrende atferd viste seg ubegrunnet.

### PÅRØRENDE

De pårørende var en støtte og en god hjelp i livsavslutningen. Arne hadde en søster og en svoger som var svært



nær ham, de hadde hatt ham boende hos seg i mange år. Søsteren ønsket at han skulle få avslutte livet sitt i boligen som hadde vært hjemmet hans de siste seksten årene. Søsteren var trygg, og hun jobbet selv i helsevesenet. Hun hadde kunnskap om forløpet og gikk inn i et godt samarbeid og dialog med personalet. Søsteren var forsonet med situasjonen og forberedt på at døden ville komme.

Her er Husebø (Husebø og Husebø 2008) svært tydelig på nødvendigheten av at de pårørende er godt informert og føler seg trygge, og at det er en god dialog mellom personale og pårørende. Ofte viser det seg at ønsket fra de pårørende om livsforlengende behandling bunner i redsel for at den døende skal ligge og ha det vondt. God symptom- og smertelindring er essensiell.

Husebø sier at forutsetningen for at pasienten kan dø hjemme er at pasienten og de pårørende blir møtt av personale som har kompetanse, som formidler trygghet og har som evne til å kommunisere med de pårørende.

## PERSONALET

De fleste av personalet hadde kjent Arne i 16 år og var nært knyttet til ham. I boligen jobbet en vernepleier, en sykepleier, hjelpepleiere og ufaglærte. Det var alltid to personal på hver vakt. På natta var det hvilende vakt, men den siste tiden ble nattevakten aktiv og styrket med en ansatt til.

Dette var første gangen personalgruppa fulgte en person gjennom terminalfasen.

Personalet følte seg usikre, og kompetansen var lav. De fleste hadde ingen erfaring fra terminalpleie og trengte mye veiledning, undervisning og oppfølging. Målet var å trygge personalet og gi kunnskap om symptom- og smertelindring. Dette ble ivarettatt av sykepleieren som arbeidet i boligen. Det ble gitt rom for at personale kunne reservere seg i forhold til sårstell og slippe å være alene på vakt når Arne var døende.

Da Arne døde, var personalet slitne, men stolte over jobben de hadde gjort. Etter eget ønske var det personalet i boligen som stelte Arne etter han var død. Dette ble opplevd som godt og nødvendig for sorgarbeidet som ventet. Personalet som hadde anledning deltok på et møte i etterkant av Arnes død. Vi gikk gjennom forløpet, og hva vi hadde opplevd underveis. Det ble lagt fokus på hva som hadde vært bra i denne prosessen, og hva som kunne vært gjort bedre.

## HVORDAN ER SITUASJONEN I DAG

Etter Arnes død ble kommuneledelsen informert om behovet for en bedre legetjeneste til beboere med krevende medisinske problemer. Legen kommer nå på tilsyn hver 14. dag – oftere om nødvendig. Når beboerne er i en dårlig fase kan vi ringe direkte til legen. Dette trygger personalet, og man sikrer en forsvarlig praksis. Det må også nevnes at denne legen er spesielt engasjert og interessert i denne gruppa, og at vi har en god dialog med henne. I Husebøs kriterier for å legge til rette for avslutning av livet hjemme mener han at en lege med engasjement og kompetanse på palliativ behandling må ha det medisinske ansvaret – døgnet rundt (Husebø og Husebø 2008).

*«Da Arne døde, var personalet slitne, men stolte over jobben de hadde gjort.»*

Samarbeidet med hjemmetjenesten har også bedret seg betydelig etter at vi hadde vårt første dødsfall i 2002. Det at vi hadde døgnbemanning ble i det første tilfellet brukt som argument for ikke å gi tjenester til dem som bor i bofellesskapet. I dag er det en helt annen forståelse, og ved behov for tjenester meldes dette bestillerkontoret, nye vedtak utformes og beboeren får de tjenestene han eller hun har behov for.

Det siste dødsfallet i boligen skjedde i fjor. Nå var situasjonen endret. Vedkommende ble intensivt behandlet på sykehus inntil det ble konkludert med at aktiv behandling ikke førte frem. Det ble planlagt lindrende behandling og livsavslutning i bolig.

Beboeren døde fredfullt etter en uke. De pårørende var mer perifere i dette tilfellet, men så langt det lot seg gjøre ble de godt informert og trygget på situasjonen. Vi opplevde at det ble en god livsavslutning.

Støtteapparatet var klart. Hjemmetjenesten ble tilkalt ved behov, tilsynslege var tilgjengelig når vi hadde behov for det, og bemanningen ble økt når man så at det nærmet seg slutten. Alle medikamenter som kunne bli nødvendige var klargjort da beboeren kom hjem fra sykehuset. Prosedyrer om terminalpleie ble hentet frem. Sorgkurven (beskrives senere) ble hentet fra lagerrommet.

Personalet ble godt informert, de følte seg tryggere og var mer kompetente enn for ni år siden. Mange hadde

>>

erfaring fra tidligere dødsfall ved boligen, samtidig gir de uttrykk for at de ønsker seg mer kompetanse på dette emnet. De ønsker å lære mer om hva som skal observeres, hva man skal rapportere, og hva som skal videreformidles til hjemmetjenesten og legen.

### «Dersom situasjonen blir uhåndterlig i boligen, er det et bedre tilbud å være på sykehus.»

I NOU 1994 beskriver man et «stort behov for kompetanseoppbygging blant dem som arbeider med aldrende mennesker med utviklingshemming», og Folkestad konstaterer at «mange som arbeider rettet mot utviklingshemmede er uten fagutdanning og med liten fagkunnskap om aldring» (Folkestad 2003). Dette gjelder også livsavslutning.

#### IKKE EN SELVFØLGE

Det er ingen selvfølge at personer med utviklingshemming, som har hjemmet sitt i et bofelleskap, skal få lov til å tilbringe den siste tiden de lever, og få lov til å dø, hjemme.

Planlegging er viktig, uansett om en bor i bokollektiv for eldre eller i egen leilighet, enten en bor i en stor eller liten kommune. Vi har opplevd at beboere har måttet flytte flere ganger på grunn av økt hjelpebehov før de får et tilbud i bolig der vi arbeider. Ofte blir det hasteflyttinger til sykehjem eller sykehus. Det kan bli store belastninger for den gamle og syke. For å kunne gi et godt tilbud i livets siste fase og unngå flyttinger i den siste delen av livet, har vi erfart at det er essensielt med tidlig og god planlegging og at personalet har kompetanse på livsavslutning. Vi har erfart at det er mulig å legge

til rette for en god livsavslutning på bolig. En god livsavslutning som er preget av ro, trygghet og beredskap for ulike problemer som kan dukke opp.

Nøkkelord er et trygt og kompetent personale, godt informerte og forberedte pårørende og beboere, og en god symptom- og smertelindring. Godt samarbeid med ulike hjelpeinstanser utenfor boligen som fastlege, hjemmetjenesten og evt. palliativt team er avgjørende. Blackman og Todd deler sine erfaringer med å være tidlig nok ute og knytte kontakter med aktuelle samarbeidspartnere og lage en plan for palliativ behandling (Blackman og Todd 2005).

På boligen kan man utarbeide en rekke prosedyrer på terminalpleie, hva man skal observere, ved dødsfall, lage en infoperm om livsavslutning og klargjøre medisiner det kan bli behov for. En sorgkurv som inneholder morspakke (stelleutstyr til den døde), hvit duk, hvite lys, lysestake og kunstig blomst er også viktig å ha klart.



#### MANGLER KOMPETANSE

Men det er store utfordringer knyttet til palliativ behandling og pleie.

Personalet mangler ofte erfaring og kompetanse på aldring og livsavslutning. Vi opplevde at det styrket tilbudet at en sykepleier med kunnskap om aldring, lindring og livsavslutning ble ansatt i boligen tidlig i prosessen.

Det er ikke alltid det lar seg gjøre at en beboer kan få avslutte livet sitt hjemme. Noen ganger er sykdomsbildet for komplisert, man får ikke gitt god nok lindring, akutte situasjoner oppstår, og personalet har ikke nok kompetanse eller utstyr til å gi nødvendig behandling. Da er det viktig å hente inn hjelp fra spesialisthelsetjenesten, og en innleggelse i sykehus eller lindrende enhet i kommunen blir nødvendig.

Vi har hatt flere beboere som døde på sykehus pga. en tilstand som krevde omfattende behandling og overvåking. Blackman og Todd (2005) er klare på at dersom situasjonen blir uhåndterlig i boligen, er det et bedre tilbud å være på sykehus.

Belastningen kan også bli for stor for de andre medbeboerne. Fokuset må da være på hva man klarte på tross av at beboeren til slutt måtte få et annet tilbud den siste delen av livet. Personalet må ikke ha dårlig samvittighet, men se på hva de ga av omsorg og pleie. Vår oppgave etter at beboeren ble innlagt på sykehus eller sykehjem blir da å være brobygger, dele den unike kunnskapen om den sykes behov og personlighet, og opprettholde relasjonene til den syke. ■

#### LITTERATUR

**Blackman, Noëlle og Todd, Stuart:** *Caring for people with learning disabilities who are dying.* Worth Publishing. 2005

**Folkestad, Lone:** *Veiledning om multifunksjonshemming og aldring.* Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. 2003

**Husebø, Bettina Sandgate og Husebø, Stein:** *De siste dager og timer.* Medlex Norsk Helseinformasjon. 2008.

**Kibsgaard Larsen, Frode og Wigaard, Elisabeth (red.):** *Utviklingshemming og aldring. Aldring og helse.* 2009.

**Thorsen, Kirsten og Myrvang, Vigdis Hegna:** *Livsløp og hverdagsliv med utviklingshemming. Aldring og helse.* 2005.

#### BOKOMTALER

## Aktører i eget liv



**Ann-Beate Myhra**  
*Fra bruker til samarbeidspartner*  
*Realisering av brukemedvirkning*  
Fagbokforlaget 2012.

**Brukere av** helse- og sosialtjenester er ikke bare syke og pleietrengende. De har ressurser som ikke alltid får utfolde seg. Og de har behov for å være aktører i eget liv.

Boka handler om hvordan tjenesteytere kan legge til rette for at brukere bedre kan få formidlet sine brukererfaringer på ulike arenaer. Det krever både samarbeid, refleksjon og analyse.

Brukermedvirkning skal ikke være et behandlingstriks som gjør brukerne mer føyelige og enkle å overtale. Tjenesteyterne må ta innover seg verdien av andres perspektiver.

Målgruppa er alle som jobber for å la brukerne formidle sine erfaringer.

Forfatteren er kultursosiolog og jobber på Borgerstadklinikken.

## Gode tanker



**Kristin Martinsen og Roger Hagen (red.)**  
*Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge*  
Gyldendal akademisk 2012

**Når vi klarer** å holde konstruktive samtaler med oss selv, er det til stor nytte. Hvordan kan man gi seg selv bekræftelse, støtte, forståelse og trøst samt konstruktive råd om hva og hvem som kan være til hjelp i en vanskelig situasjon? Klarer man det, kan det åpne for virkelig å bruke egne ressurser.

For tankene har stor kraft. Av og til, hvis man har det vanskelig, begynner man å snakke til seg selv på en måte som gjør det vonde verre. Poenget er at negative tanker ikke skal få bli sannheter. Konstruktive indre samtaler er særlig viktig når livet går deg imot.

Tanker og handlinger henger sammen. Hvilke handlinger fører til at problemer fortsetter? Det er ikke så nyttig å isolere seg fordi man er engstelig eller deprimert. I stedet kan man lære seg samhandling med andre, og en mer omsorgsfull holdning til seg selv. Det gir følelse av mestring og håp.

Boka viser hvordan man kan hjelpe barn og ungdommer med ulike diagnoser gjennom kognitiv atferdsterapi i klinisk praksis.