



# Psykisk helse og rus

NR. 3-2012 • ÅRGANG 23

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS



**Stadig mer alkohol  
blant eldre**

**Sykepleien**

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

**REDAKTØR**

Kjersti Øvernes  
Tlf: 40457969  
Kjersti.Overnes@tromso.kommune.no

**STYRET**

**Faggrupeleder**  
Kurt Lyngved  
Tlf. 75 56 55 65/90 55 31 78  
Kurt.lyngved@gmail.com

**Nestleder**

Espen Gade Rolland  
Tlf 40842941  
esprot@vestreviken.no

**Kasserer**

Bjarte Sælevik  
Tlf: 45 45 26 48  
Bjarte.saelvik@lyse.net

**Sekretær**

Olav Bremnes  
Tlf. 95 78 40 64  
olav@ntebb.no

**Medlemsansvarlig**

Torfrid Johansen  
Tlf 99291294  
Torfrid.Johansen@vestreviken.no

**ABONNEMENT**

Bjarte Sælevik  
Tlf. 45 45 26 48  
Bjarte.saelvik@lyse.net  
Eller: abonnement@psykiskhelse-ogrus.no

**WEBANSVARLIG:**

Unn Elisabeth Hammervold  
Tlf 90936740  
unnhvold@online.no

**HJEMMESIDE:**

www.sykepleierforbundet.no/  
psykiatrisykepleiere

**ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN**

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

**DESKJOURNALIST**

Johan Alvik  
Tlf. 92 60 87 06  
johan.alvik@sykepleien.no

**LAYOUT**

Hilde Rebård Evensen  
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge

nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter

sissel.vetter@sykepleien.no

**TRYKK**

Color Print A/S

**FORSIDEFOTO:**

Colourbox

**Innsending av artikler**

Skriv artikler helst som word-dokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkeldokumentet. Oppgi navn på de som er på fotoet og hvor fotoet er tatt, også navn på fotograf. Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: Beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidssted eller bosted. Epost-adresse bør også medfølge.



■ **46** **FAMILIE:** Rusavhengige foreldre får hjelp.

## «Det er typisk norsk å være blind.»

*Ekko-redaktøren om rusmeldingen, side 33*



■ **32** **RUSMELDINGEN:** Les om regjeringens nye ruspolitikk.





# Innhold

NR. 3-2012 • ÅRGANG 23

4 Send inn abstract til landskonferansen

5 **LEDER:** Kurt Lyngved

8 Mer alkohol og medisiner blant eldre

13 Hjelp til pårørende

16 Hun hadde det godt på Åsgård, tross alt

20 Medikalisering av rusfeltet

24 Avmakt ved omsorg av voldsutøvere

32 Rusmelding med fem hovedsatsinger

33 Norge kan ikke reformere - skylder på FN

36 Fikk stipend – skriver bok

38 Ny rådgivningstelefon for pårørende

39 Nytt fra styret

40 Første gang på landskonferansen

43 Pengegave til Island

44 Landskonferansen 2013

46 Familieambulatoriet hjelper foreldre

52 Bli medlem

## FASTE SPALTER

6 Smånytt

14 Aktuelle bøker

50 **TILBAKEBLIKK:** Rus i parken

51 På plakaten



## LPS fylkesledere 2012-2013

Liv Bech Johannessen	livbech.johannessen@lds.no	Oslo
Jørgen Due	jorgendue@bbnett.no	Oppland
Torfrid Johansen	torfrid.johansen@vestreviken.no	Buskerud
Bjørge Skjøtskift	Bjorge.Skjotskift@sykehuset-innlandet.no	Hedemark
Charlotte Walther	cwalth@online.no	Østfold
Kontaktperson Charlotte	cwalth@online.no	Akershus
Kontaktperson Charlotte	cwalth@online.no	Vestfold
Gitte Slåtta	Gitte.Slatto@sthf.no	Telemark
Eli Jorid Sveipe	Eli.Jorid.Sveipe@sshf.no	Aust Agder
Bodil Bakkan Nielsen	bodb@online.no	Vest Agder
Peter Hee Andersen	peterhee@lyse.net	Rogaland
Laila Heggernes Forsberg	laila.heggernes.forsberg@helse-bergen.no	Hordaland
Liv Stokkenes Jacobsen	liv.stokkenes.jacobsen@helse-forde.no	Sogn og Fjordane
Anne Synnøve Solvåg	Anne.SynnoveSolvag@molde.kommune.no	Møre og Romsdal
Janne Konstad	Lps.sortrondelag@gmail.com ;jannekonstad@hotmail.com	Sør-Trøndelag
Ingun Haug	Ingun.haug@hnt.no	Nord-Trøndelag
Marit Larsen	Marit.Larsen@bodo.kommune.no	Nordland
Åshild Fause	ashild.fause@uit.no	Troms
Anne-Lill Haabeth	annelillhaabeth@hotmail.com	Finnmark

### LANDSKONFERANSEN I TRONDHEIM 5. - 7. JUNI 2013: SEND INN ABSTRACT TIL FORSKNINGSDAGEN

Neste års landskonferanse har fått navnet «Levva livet - psykisk helse i livsløpsperspektiv»

NSF's faggruppe av sykepleiere innen psykisk helse og rus, SPoR, arrangerer landskonferanse i Trondheim i juni 2013. Konferanse har fått navnet «Levva livet - psykisk helse i livsløpsperspektiv».

Også denne gang vil første dag av konferansen ha fokus på forskning og fagutvikling innen fagfeltet. Før lunch vil det være plenumsforedrag. Det arbeides nå med tema og foredragsholdere. Etter lunch vil det være parallelle sesjoner med presentasjoner av nyere mastergradsarbeid, doktortgradsarbeid og annen forskning som faller innenfor tema «Sykepleie innen psykisk helse og rus».

Vi inviterer også til posterpresentasjon der også annet fagutviklingsarbeid innen tema kan presenteres. Du inviteres til å sende inn abstract

dersom du ønsker å presentere fagutviklingsarbeid eller forskningsarbeid. Dersom det kommer inn mange bidrag, vil arbeid som kommer inn under SPoR sin handlingsplan for perioden prioriteres.

Se: <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere/om-faggruppen>

#### Frist: 1. mars

Henvendelse: Unn Elisabeth Hammervold

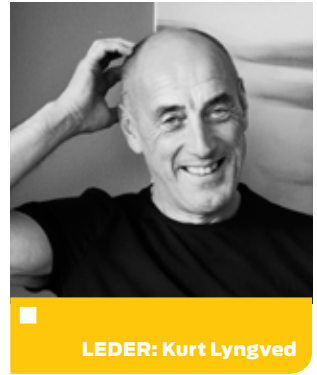
Tlf: 909 36 740

Mail: unnhvold@online.no

**Les mer om konferansen på side 44.**



**TRONDHEIM:** Landskonferansen holdes i Trondheim neste sommer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



## Nytt navn – nye tider

**Hundreårsjubileet** for Norsk Sykepleierforbund ligger bak oss og fokuset på sykepleiere gjennom hundre år har vært spennende å forholde seg til. Se hvordan våre formødre, ja for det var flest av dem, har kjempet for det de har trodd på og brakt sykepleiefaget stadig videre for hele tiden å heve kvaliteten på den sykepleie befolkningen i skiftende tider skal tilbys. Tider hvor sykepleierne har stått alene i kampen for faget og ikke gitt opp til tross for sterke motkrefter fra ulike hold. Strømninger i skiftende tider hvor sterke krefter har prøvd å frata oss vår selvstendige funksjon og vårt selvstendige faglige fundament. Men vi har aldri gitt opp og vi visste og vet av vårt fag står på egne bein i alle sammenhenger og vi er aldri i tvil om fagets særegenhet og selvstendige ståsted.

**På Generalforsamlingen** i Kristiansand i mai i år ble det vedtatt å endre faggruppenavnet fra NSF's Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere til NSF's Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, forkortet SPoR. Dette tolker jeg som et tegn i tiden og som et uttrykk for at tidenes vinder skifter og det er en tid for alt. Det har vært mange positive tilbakemeldinger på navneskiftet både blant egne rekker og fra brukere av våre tjenester. Generalsekretæren i Mental Helse, Bjørn Lydersen, tok dette opp i sitt innlegg på Sykepleierkongressen og ga uttrykk for respekten for at vi velger et navn som tydeliggjør fagets eget ståsted i relasjon til psykisk helse og rus. Det gir positive signaler om framtidig arbeid mellom oss som utøver sykepleietjenesten og de som er brukere av våre tjenester. Målet må være å kunne kombinere fagkunnskapen og erfaringskunnskapen på en slik måte at brukeren opplever at tjenesten alltid er til for dem.

En tjeneste bygd på reflekterte verdier og menneskesyn som alltid ivaretar menneskerettigheter og respekten for det enkelte menneske.

**Mens jeg sitter her** og skriver og tenker over hva som er viktig for oss som faggruppe, dukker det opp en palestiner som forteller om dagene i Gaza i 2008/2009 hvor en av hans barn fikk store traumer og sliter med det fortsatt. Det minner meg om et av våre satsingsområder i handlingsplanen for denne valgperioden er å fokusere på psykisk helse hos våre nye landsmenn. Vi vet at mange sliter med sin psykiske helse av ulike årsaker, men ikke minst på grunn av erfaringer og opplevelser de bærer med seg til sitt nye hjemland. Jeg er av den oppfatning at her har vi mye upløyd mark og mye vi ikke vet. Sykepleiere med sitt ståsted og sin kunnskap har de beste forutsetninger for å fange opp de problemstillinger innvandrergupper sliter med, enten det er i asylmottak eller i andre sammenhenger i det norske samfunn. Ha øyne og ører åpne og formidle gjerne ideer til hvordan vi kan bli stadig bedre i møte med mennesker med annen kulturbakgrunn enn oss selv.

**Eldre, psykisk helse og rusproblematikk** er også et område vi ønsker å fokusere på i den framtid vi går i møte. Vi vet at en del eldre sliter med problemstillinger relatert til disse områdene, som ofte betinges av de livsvilkår og den situasjon de befinner seg i. Som sykepleiere har vi mye kunnskap og erfaring om og med den eldre delen av vår befolkning. Jeg håper at sykepleiere sammen kan bidra til å sette dette temaet på kartet på en slik måte at vi kan bidra til å fokusere på områder som er utfordrende og som vi sammen kan gjøre noe med. Verdige liv for mennesket handler ikke om hvilken aldersgruppe

vi tilhører, men om at vi er mennesker. Så er det opp til det samfunnet vi lever i å realisere dette på en slik måte at mennesket fra vugge til grav opplever respekt for sitt liv og sine muligheter uavhengig av alder. Gjennom nettopp å sette fokus på eldre, psykisk helse og rusproblematikk, håper vi å kunne oppnå økende oppmerksomhet på området. Dermed vil vi kunne bidra til å høyne livskvaliteten for de i befolkningen som har vært lengst på livsreisen og som bærer mest livserfaringer i sin bagasje målt i antall år. En av måtene vi kan gjøre det på er å lytte til de livsfortellinger menneskene bærer med seg inn i alderdommen. Subjektive beretninger om levd liv som kan bidra til bedre folkehelse for alle uansett alder. Det er på slutten av boken løsningene kommer og ulike gåter og uforløste spenninger bringes inn i dagens lys. Det er da det også er spennende å være menneske og gitt egen alderdom vil det være en posisjon vi alle kommer i. Så la oss som sykepleiere innen det psykiske helsefeltet bidra til å skape arenaer hvor også eldre kan få sin plass og sin verdighet med alt det de har med seg fra vandrings langs en lang livsvei.

**Jeg håper riktig mange** får muligheten til å delta på landskonferanse og forskningsdag i Trondheim i juni neste år. Det skjer også mange ting internasjonalt og 2013 er også året da Nordisk kongress for psykiatriske sykepleiere arrangeres på Island i september.

Da vil jeg på vegne av oss alle i styret i faggruppen å ønske dere alle en flott høst der dere er.

*Kurt J. Lyngved*  
FAGGRUPPELEDER

## Rask hjelp mot psykose

Unge som er i ferd med å utvikle psykose, har fått et nytt lavtersketilbud i Bergen. Tilbudet kalles TOPS. Ungdom og pårørende kan ta direkte kontakt med TOPS. Tilbudet skal bidra til at unge ikke går lenge med ubehandlet psykose, men får hjelp raskt. TOPS-teamet er en del av Avdeling for Tidlig Psykose ved Haukeland universitetssjukehus. I Stavanger har et tilsvarende team (TIPS) arbeidet på samme måte i ti år.

Kilde: Helse Bergen/helse-bergen.no

## Mer sovemedisin til unge

Flere unge bruker sovemedisiner nå enn før, viser en studie gjennomført av forskere fra Høgskolen i Hedmark og Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Medicinene er foreskrevet av lege og hentet ut av ungdommer i alderen 15–16 år i perioden mellom 2006 og 2010.

– I løpet av fem år økte bruken av sovemedisiner, medisiner for angst og depresjon fra 14 til 22 per tusen gutter, og fra 20 til 25 per tusen jenter, sier forsker Anne Kjersti Myhre Steffenak ved Høgskolen i Hedmark, til Forskning.no. Hun forteller at sovemidlene sto for den største økningen. Melatonin ble mest anvendt.

Kilde: Forskning.no

### SMÅNYTT

## Gratis bøker

Nesten alle norske bøker utgitt mellom år 1900 og 2000 vil bli gratis tilgjengelige i fulltekst gjennom Nasjonalbibliotekets portal Bokhylla.no. En rekke skjønnlitterære og faglitterære titler med temaer knyttet til psykisk helse er å finne.

Du kan altså sitte i sofaen og med noen tastetrykk hente fram for eksempel Johan Cullbergs lærebok Dynamisk psykiatri, eller favorittromanen din.

Totalt dreier det seg om 100 000 bøker per i dag. Samlingen vokser raskt, og innen 2017 regner Nasjonalbiblioteket med å være oppe i 250 000 bøker. Du har tilgang til bøkene uten innlogging. Alt som trengs, er at du har norsk IP-adresse.

Kilde: PsykNytt



## «Lykke er å ha god helse og dårlig hukommelse.»

Albert Schweitzer

## Økt fare for tidlig rusdebut

Hyperaktivitet og impulsivitet hos barn i åtte-niårsalderen gir økt risiko for tidlig debut med rusmidler i tenårene, antyder en ny tvillingstudie fra Sverige. I studien, som omfattet 1480 tvillingpar, undersøkte forfatterne om spesifikke ADHD-symptomer økte risikoen for tidlig bruk av rusmidler, og om risikoen var større hos tenåringene med symptomer som vedvarte. Symptomer på ADHD omfatter blant annet konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet, impulsivitet og atferdsvansker.

Studien antyder at hyperaktivitet og impulsivitet, men ikke konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, kan være viktige prediktorer for tidlig rusdebut.

Kilde: PsykNytt

## Mest ADHD-medisin til gutter

Gutter bruker langt mer medisin mot ADHD enn jenter tidlig i barndommen og ungdommen, viser en norsk kartlegging. Det kan skyldes en underdiagnostisering av det som ofte sees på som en guttelidelse.

Forskere ved Universitetet i Bergen har sett på hva slags legemidler som har blitt skrevet ut for å behandle ADHD i perioden 2004–2008, hvor mye som er skrevet ut og hvem som har fått medisiner. Mens 3,6 prosent av guttene i alderen 11–15 år fikk medisiner mot ADHD i 2008, var tallet bare på 1,2 prosent for jenter.

Kilde: Forskning.no

## Metadon påvirker hjernen

Det er nylig publisert to studier fra Folkehelseinstituttet der forskere har undersøkt mulige endringer i hjernen etter langvarig metadonbehandling. Resultatene viser at slik behandling kan påvirke nerveceller i hjernen. Studiene er en oppfølging av at metadon tidligere er vist å kunne påvirke kognitiv funksjonsevne, det vil si evnen til blant annet læring og hukommelse.

Les mer på [fhi.no](http://fhi.no)



## Legevakthåndboka på nett

Legevakthåndboka er nå fritt tilgjengelig på nett. Boka er beregnet på legevaktsleger, men informasjonen kan være nyttig for alle helsearbeidere. Den har en omfattende psykisk helse-del. For eksempel er typiske akutsituasjoner som delir og akutt psykose omtalt. Boka har et eget kapittel om seksuelle overgrep.

Du finner den på [www.lvh.no](http://www.lvh.no)

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

## Deprimerte leger

Leger har en høyere risiko for selvmord enn snittet i befolkningen. Statistikken gjelder også sammenliknet med andre akademikere og andre ansatte i helsevesenet. Studier viser i tillegg at leger er mer utsatt for depresjon. Det er psykolog Kjersti Støen Grotmol som har gjort disse funnene i sin forskning på legers psykiske helse.

Kilde: Universitetet i Oslo.



## Unge dansker drikker mest

Over halvparten av 15–16-årige dansker har vært fulle i løpet av de siste 30 dagene. Det fremgår av Den europeiske skolebarnundersøkelsen om rusbruk (ESPAD). Dette er bare en av mange undersøkelser som dokumenterer danske ungdommers rekordstore forbruk av alkohol.

Til sammenlikning drikker bare halvparten så mange svenske og norske 15–16-åringer seg jevnlig fulle, ifølge Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) i Danmark. – Det finnes ikke et entydig svar på hvorfor danske ungdommer drikker så mye. De viktigste faktorene er antakelig tilgjengelighet, foreldre med en liberal holdning til alkohol samt et lavt prisnivå, forklarer Jeanette Østergaard, doktorgradsstudent ved SFI til Videnskab.dk.

Kilde: Forskning.no



# Mer alkohol og medisiner blant eldre

Eldre drikker mer enn før og de bruker mer medisiner enn yngre mennesker, viser nordisk forskning. Det er grunn til å tro at antall risikokonsumenter av rusmidler vil øke i denne gruppen i framtiden, og det må helsevesenet ta på alvor.

Foto: CT Meschenberg  
Kompetansesenter rus



Av Runa Frydenlund, spesialistkonsulent ved Kompetansesenter rus - Oslo.

**E**ldre mennesker, definert som de over 65 år, er en av målgruppene til Kompetansesenter rus - Oslos satsing på tidlig intervensjon. I forbindelse med dette så vi at det manglet kunnskap om eldre menneskers bruk av rusmidler og spesielt deres bruk av alkohol og legemidler. Denne kunnskapsoppsummeringen er skrevet på oppdrag av Helsedirektoratet og gir en oversikt over hva nordisk forskning i perioden 2000- 2011 har funnet av kompetanse på området.

Eldrebefolkningen øker og denne befolkningsgruppen rapporterer bedre helse og funksjon enn tidligere generasjoner. Lengre levealder og lavere fødselstall gjør at hver femte nordmann om et par tiår vil være over 65 år. Barna født rett etter 2. verdenskrig benevnes som født under en «babyboom», og er nå blitt pensjonister. Dagens eldre har et annerledes leveste og et mer alkoholpositivt syn enn deres foreldre. Det er grunn til å tro at antall risikokonsumenter vil øke blant den eldre befolkningen i framtida. Deres økte alkoholforbruk gjør at finske forskere kaller denne generasjonen for «den våte generasjonen». Deres alkoholforbruk er et underrapportert og lite utforsket tema både innenfor EU og Norden. Vi ser at alkoholrelaterte dødsfall blant eldre stiger, og at aldersrelaterte fysiske, psykiske og sosiale endringer øker de eldres sårbarhet for de negative virkningene av alkohol.

Ikke alle er klar over at kroppens evne til å håndtere alkohol endres med alderen. Samme mengde alkohol har mer skadelig effekt på eldre enn yngre mennesker, eldre har en betydelig lavere toleranse for alkohol.

Det er grunn til å tro at antall risikokonsumenter vil øke blant den eldre befolk-

ningen i framtida. Hvor forberedt er helsevesenet på å møte denne gruppens behov?

Alkohol er i dag mer tilgjengelig enn tidligere. De eldre har bedre økonomi, arbeider og lever lengre enn for noen tiår tilbake. Pensjonisttilværelsen vil for mange være en overgang til mer frihet, fritid og rekreasjon med reiser og kvalitetstid med venner og familie. En bredere fritidsarena med verden tettere inn på oss kan bidra til at vi tilegner oss andre drikkevaner enn tidligere generasjoner. Men denne delen av livet vil også for mange medføre tap av ektefelle og venner, endrete rutiner i hverdagen, sosial isolasjon og ensomhet.

Befolkningsmessig drikker vi i dag nesten dobbelt så mye per person som i 1969. I dag er færre eldre avholdende enn på 80-tallet. Mens flere over 65 år drikker hyppigere ukentlig enn på slutten av 90-tallet. Forbruket reduseres med alderen, men det drikkes også alkohol blant de eldste aldersgruppene. Flere kvinner enn menn slutter å drikke, særlig etter fylte 90 år.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 1,2 og 3) viser at alkoholbruken hos dagens 60-åring er doblet de siste tiårene. Særlig øker vinforbruket hos begge kjønn. Kvinner i alderen 50-70 år drikker mer enn kvinner i 30-40 års alderen, særlig øker deres vinforbruk. 11 prosent av menn over 60 år og 6 prosent av menn over 70 år antas å ha et problematisk alkoholbruk i henhold til kartleggingsverktøyet CAGE. Undersøkelsen fant også at alkoholkonsum og drikkehyppighet øker med utdanningsnivå og inntekt, at problematisk drikking har økt i alle utdanningsgrupper, og at man finner størst omfang av problematisk drikkeatferd blant folk med høyere utdanning.

Alkohol påvirker over 60 ulike helsemessige tilstan-







der, og bidrar i tillegg til skader, fall og andre ulykker forårsaket av blant annet dårlig balanse. Antall alkoholrelaterte dødsfall blant den eldre norske befolkningen stiger, og er høyest blant menn i alderen 60-74 år, og blant kvinner i 50-64 års alderen.

I tillegg til økt alkoholkonsum blant middelaldrende, står personer over 65 år for det høyeste forbruket av legemidler. Hver femte person over 70 år bruker mer enn 10 reseptbelagte legemidler. Spesielt benytter mange kvinner i denne alderen psykoaktive midler som i stor grad påvirker deres helse ved samtidig bruk av alkohol. Tilsynelatende uskyldige ikke-reseptbelagte medikamenter kan i sammenheng med alkohol få en sterkere sedativ effekt, og øke risikoen for ulykker og skader både i hjemmet og i trafikken.

Norske undersøkelser viser en høy forekomst av alkohol og andre psykoaktive substanser hos eldre pasienter som er innlagt på sykehus med akutte skader. Nedsatt bevegelighet, dårligere syn, kroniske lidelser, svikt i kognitive funksjoner og pustevansker er noen viktige risikofaktorer for eldre som inntar alkohol i en uheldig kombinasjon med legemidler. Omtrent hver tredje eldre hjemmeboende faller minst en gang årlig. Kan dette skyldes alkohol – eller legemiddelbruk, eller et resultat av samtidig bruk?

Forskning viser i noen tilfeller at måteholdent alkoholbruk kan ha en helsefremmende gevinst ved

blant annet å redusere risikoen for å utvikle demens og Alzheimers sykdom, men ikke vaskulær demens eller kognitiv svikt. Flere funn fra forskning viser at et måteholdent alkoholforbruk (1-2 alkoholenheter daglig) kan bidra til lengre levetid sammenliknet med dem som er avholdende eller som lever med et risikofylt alkoholforbruk. Det er imidlertid tvil om det vitenskapelige funn i disse undersøkelsene.

En standard alkoholenhet AE er 15 ml og tilsvarer 12,8 gram rein alkohol. 1 AE er alkoholemengden i 1/2 flaske pils, 1 glass bordvin (12cl) eller en drink brennevin (4cl) daglig.

#### Ulikt drikkemønster blant kvinner og menn?

Eldre kvinner drikker i dag mer enn sine forgjengere. Kvinner med moderat alkoholbruk reduserer sitt forbruk med alderen, mens antall kvinner med et stort

**VIN TIL HVERDAGS:** Dagens eldre har et mer positivt syn på alkohol enn sine foreldre - og mange drikker mer vin enn yngre mennesker. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## «Alkoholrelaterte dødsfall blant eldre stiger.»

alkoholbruk er stabilt. Svenske undersøkelser viser at antall totalavholdende stiger med alderen. Flest ikke-drikkere finnes blant eldre kvinner, mens det ser ut til at menn, spesielt over 80 år, drikker mer enn kvinner. Eldre kvinner som lever med et risikofylt alkoholkon-

sum har også en tendens til risikofylte levevaner som daglig røyking eller bruk av snus, inntak av sove- eller beroligende midler og fysisk inaktivitet. Flere eldre kvinner over 75 år var involvert i ulykker.

Eldre ensomme kvinner har høyere risiko for å utvikle problem relatert til misbruk av legemidler. Engelske funn viser at risikoen for avhengighet hos denne befolkningsgruppen øker blant enker, kvinner med lav utdan-

## «Eldre kvinner drikker i dag mer enn sine forgjengere.»

ning og inntekt, dårlig helse og lite eller manglende sosialt nettverk.

Menn viser en motsatt tendens, de drikker jevnlig mer moderat, men antall stordrikkere avtar med alderen. Eldre, ensomme menn med lite sosialt nettverk kan ha en større risiko for å utvikle et alkoholproblem enn eldre kvinner.

### Utfordringer i framtida

Hvilken rolle får alkoholen hos de eldre i framtida? Vil dette medføre utfordringer for de tjenester som arbeider med eldre, og i så fall hvilke utfordringer vil dette være?

Problematisk alkoholbruk blant eldre omtales ofte som et skjult eller ikke-eksisterende problem. Hva kartlegger helseapparatet i møtet med brukeren? Mange eldre, og deres nærmeste familie, unngår å snakke om sitt alkoholproblem på grunn av skam og skyldfølelse eller på grunn av for liten kunnskap om hvilken risiko samtidig bruk av alkohol og legemidler kan medføre. Er det noen som ser deg og bryr seg? Mangler på sosialt nettverk kan føre til at ingen bekymrer seg over dine drikkvaner. Alkoholbruk hos eldre skjules ofte av symptomer på annen sykdom som for eksempel fallulykker, søvnløshet og kognitiv svikt. Sykdomssymptomene settes ikke i sammenheng med den Eldres alkohol – og legemiddelbruk. Denne maskeringen kan videre bidra til en underreportering av problemomfanget. Endringer i livet som tap av ektefelle, venner og endret sosial status kan også forårsake et økt alkoholkonsum. Mangel på kunnskap om hvilken risiko samtidig bruk av alkohol og legemidler kan påføre eldre vil kunne

**FRISTER MANGE:** Alkoholbruken hos dagens 60-åringer er doblet de siste tiårene. Særlig øker vinforbruket hos begge kjønn. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



føre til en utvikling av et problemomfang som kunne vært redusert.

Hva kartlegger helseapparatet i møtet med brukeren? Hva har vi som ansatte med oss av tabu, fordommer og usikkerhet? Tror vi at eldre ikke drikker alkohol? Om vi blir bedre i stand til tidligere å oppdage eldre personer som er i ferd med å utvikle problemer forårsaket av samtidig alkohol- og legemiddelbruk, vil vi kunne målrette innsatsen bedre for denne befolkningsgruppen. Dette kan redusere risikoen for framtidige helseproblemer.

Helsetjenestene møter i sitt daglige arbeid utfordringer som kan være til hinder for å identifisere eldre menneskers alkoholbruk og – problem. Uten å kunne identifisere og avdekke vil det også være vanskelig å møte denne gruppens behov på en faglig forsvarlig måte. Erfaringer fra praksisfeltet tilsier at slike utfordringer kan være:

**Ettikk og moral:** Å ta opp alkoholbruk på hjemmebesøk kan for pleie- og omsorgstjenesten føles som en krenkelse av deres brukere.

**Tidspress:** Skepsis, tidspress og frykt for merarbeid i en stram arbeidsdag med mange rutiner er noe av de ansattes bekymringer i pleie- og omsorgstjenestene.

**Taushet:** Problematisk alkoholbruk er noe mange eldre unngår å snakke om på grunn av skam og skyldfølelse, særlig blant eldre kvinner.

**Alkoholens gevinst:** Antakelser om at alkohol er bra for ulike helsetilstander tillegges mer vekt enn det er vitenskapelig tilleggs for.

**Kunnskapshull i helsetjenestene:** Manglende kunnskap om hvilken risiko samtidig bruk av alkohol og legemidler kan medføre, spesielt om eldre menneskers sensitivitet for alkohol og vanedannende legemidler.

**Maskering:** Likheter mellom alkoholsymptomer og andre lidelser gjør at plager som søvnløshet, kognitiv svikt eller fallulykker ikke settes i sammenheng med alkohol- eller legemiddelbruk.

Erfaringer fra praksisfeltet viser at hjelpeapparatet kan være unnvikende med å spørre eldre om deres alkoholvaner og hvilke legemidler de benytter. Undersøkelser viser kunnskapshull og usikkerhet hos ansatte i pleie- og omsorgsfeltet vedrørende de eldre sensitivitet for virkningen av alkohol og vanedannende legemidler. Lite formell kunnskap om og fordommer mot eldre alkohol- og legemiddelbruk gjør det vanskelig for tjenesteapparatet å avdekke helseskader ved overforbruk av alkohol

og legemidler. Om vi blir bedre i stand til å oppdage personer som er i ferd med å utvikle problemer med samtidig alkohol- og legemiddelbruk, vil vi kunne tilpasse innsatsen i helseapparatet på en mer faglig forsvarlig måte i deres møte med den eldre befolkningen.

Gode relasjoner, økt gerontologisk forståelse, tidlig intervensjon, økt og mer bevisst bruk av kartleggingsverktøy og korte intervensjoner basert på motiverende samtaleteknikk (Motiverende Intervju) ser ut til å ha en effekt i arbeidet med eldre i alle tjenestetilbud. Fastlegene bør bli mer aktive med bruk av kartlegging av deres eldre pasienter og se konsekvensene mellom alkohol – og legemiddelbruk.

Enkel og brukervennlig informasjon som for eksempel brosjyremateriell bør utvikles til den eldre befolkningen. Temahefter og håndbøker kan bidra til kunnskapsheving av praksisfeltet.

Europeiske eksperter hevder at det i framtida må satses mer på forskning som beskriver de eldre alkoholbruk, alkoholrelaterte skader, aldersstrukturelle endringer og hvilke forebyggende metoder som er egnet for å møte denne delen av befolkningen. De eldre alkoholbruk har kommet i skyggen av annen alkoholforskning. Vi trenger å vite mer om hvorvidt og på hvilken måte de eldre tilpasser sitt alkoholbruk til sin helsestatus.

Det finnes en gråsone der ute av eldre mennesker med et lite alkoholforbruk. Men ingen, hverken de ansatte i hjemmetjenesten eller den eldre selv anser dette alkoholforbruket som problematisk. Denne personen spiser mest sannsynlig flere legemidler i tillegg til å nyte alkohol. Hva dette samtidige forbruket

## «De eldre alkoholbruk må komme på den politiske agendaen.»

innebærer av risiko for de eldre helse er en tematikk som tjenesteapparatet og fagfeltet bør kjenne bedre til i framtida. Vi må tørre å spørre våre brukere!

Hvilken strategi skal fagfeltet og tjenesteapparatet i framtida benytte for å fange opp denne hjemmeboende eldregruppen? De eldre alkoholbruk må komme på den politiske agendaen, og de eldre helse må i framtida inkluderes i det nasjonale og kommunale planverket. ■

### Referanser:

Ahlström, Salme & Mäkelä, Pia et al: Alkoholen och äldre i Finland, NAT 5/09, 427–438, Nordisk alkohol och narkotika-tidskrift Vol. 26. 2009–5

Ahlström, Salme: Alcohol use and problems among older women and men: A review. Nordic studies on alcohol and drugs vol. 25/2008–2. s. 154–161



Anderson Peter & Scafato, Emanuele: Alcohol and older people: a public health perspective. Vintage Project Report, Italy, Nov. 2010

Babor T et.al.: AUDIT. The alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition, World Health Organization, 2001

Berglund, Mats: Alkohol og eldre Underlagsrapport til Missbruksutredningen. 2011

Bogstrand S.T. et.al.: Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. *Drug and Alcohol Depend.* (2011), doi:10.1016/j.drug-alcdep.2011.01.007

Dar, Karim: Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? *Advances in Psychiatric Treatment* (2006), vol. 12, 173–181

Edland-Gryt, Marit et. al.: Rusmidler i Norge 2010, statistikk, SIRUS s. 17–40, 76–77, 108–114

EMCDDA: Stoffbruk blant eldre voksne; et oversett problem. Fokus på narkotika, 1 utg. 2008

Flesland, Liv: Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene, Høgskulen i Sogn og Fjordane, september 2010

Folkhelseinstituttet: Helsetilstanden i Norge:

Eldre - andelen eldre over 65 år i befolkningen. Elektronisk publisering 5.8.2011

Legemiddelbruk, elektronisk publisert 27.08.08, oppdatert 4.7.11

Eldres helse 65 år og oppover; elektronisk publisert, oppdatert 1.7.2011

Frøyland, Kjetil: Arbeidsliv og rus. Kunnskapsstatus anno 2005. Arbeidsforskningsinstituttet AS; Oslo, april 2005

Gjerde Hallvard et al.: TEST - for trafikksikkerhet og helse. Bruk av rusmiddel og legemiddel med ruspotensiale blant førerarer i normal trafikk, 2008:3: 17–26

Grøndalen, Einar: Prosjekt eldre og rusbruk, 2009–2010, prosjektrapport, Velferds- og helseavd. Bydel St. Hanshaugen, mars 2011, Oslo

Grønholt, Else-Karin red: Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge. Rapport 2010:2. Folkhelseinstituttet, Oslo

Hallgren Mats, Högberg Pia, Andréasson Sven: Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues. Expert Conference on Alcohol and Health, September 2009, Sweden

Hallgren, Mats & Högberg, Pi: Alcohol consumption and harm among elderly Europeans: falling between the cracks. *European Journal of Public Health*, Vol 20, No. 6, s. 616–618, 2010

Hoverak Øyvind, Bye, Elin K: Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervju data fra 1973–2004, SIRUS, rapport 2/2007, Oslo 2007

IAS Fact Sheet: Alcohol & the elderly; Institute of Alcohol Studies; UK, 2009; 1–6

Jyrkämä, Jyrki & Haapamäki, Laura: Aldrande och alkohol, nordisk forskning og diskusjon, NAD publikasjon 52, 2008, Nordiskt center for alcohol och drogforskning, Helsingfors, Finland NAD 52/: Willberg & Valtonen 2007, 42

Kalvatšvik, A.K: Rusen- eit tilleggsproblem? Ei undersøking om tilsette i kommunal heime teneste sine erfaringar og praksis ovanfor eldre brukarar som misbrukar rusmiddel. Masteroppgåve i helse- og sosialfag, meistring og myndiggjering. Høgskulen i Volda, desember 2010

Krokstad, S.; Knudtsen Skjei M.: Folkehelse i endring. Helse-undersøkelsen Nord-Trøndelag, HUNT 1 (1984–86) HUNT 2 (1995–97) HUNT 3 (2006–08). HUNT forskningscenter, 2011

Kudsk Nielsen, Christina: Evaluering og status på projekt: «Ældrefokus i Ældreindsatsen», Rusmiddelcenter, Silkeborg, juli 2010, Danmark

Kudsk Nielsen, Christina: Seniorer. Et forsøg på «fredelig» sameksistens mellom alderdom, alkohol og medicin. Artikkel i *Stof 14*, 2009/2010, Danmark

Lindén-Boström & Persson, C. & Berglund, M.: Riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre - Resultat från en svensk befolkningsundersökning, NAT 5/09, 399–416, Nordisk alkohol och narkotikatidskrift Vol. 26. 2009–5

Lunde, L-H: Skadelig bruk av rusmidler hos eldre – et ikke-tema i fagmiljøene? *Kronikk, Demens&Alderspsykiatri* vol 14, nr. 3. 2010

**MYE MEDISIN:** Personer over 65 år står for det høyeste forbruket av legemidler. Hver femte person over 70 år bruker mer enn ti reseptbelagte legemidler. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Nordens Valfårdscenter: Fokus på eldre og alkohol. Temahefte. Evy Gunnarsson: Hemtjänsten behöver stöd och kunskap; s. 46–47, Stockholm 2010

Nygaard P. Lund, KE et.al: Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol & Alcoholism*, Vol 45, No.2, pp 207–212, 2010. Advance Access Publication 25 January 2010

Olofsson, Elisabet & Johansson, Anna-Karin et.al.: Äldres hälsa. Kunskapsunderlag for Folkhälsopolitisk rapport 2010. Statens folkhälsainstitut, Östersund 2011, Sverige

Royal College of Psychiatrists: Our invisible addicts. First Report of the Older Person's Substance Misuse. College Report CR 165, June 2011, London

Scafato, E: Vintage: Collection of good practice for prevention of alcohol-related harm in the elderly in the EU. PP presentasjon, EU CNAPA, mini-seminar on alcohol and elderly, Luxembourg 2010

Strandberg, Timo et.al: Alcohol Beverage Preference, 29-Year Mortality, and Quality of Life in Men in Old Age. *The Journals of Gerontology*, Feb 2007; 62A, ProQuest Medical Library

Støver, M et. al: Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. HUNT jan 2012, NTNU

Sulander, Tommi: Allt fler äldre tackar ja till alkohol, NAT 5/09, 417–426, Nordisk alkohol och narkotikatidskrift Vol. 26. 2009–5

*Kunnskapsopsummeringen er gratis og kan bestilles ved henvendelse til Kompetansesenter rus – Oslo på mail: postmottak@vel.oslo.kommune.no*

# Tilbud til pårørende

Pårørende til rusmiddelavhengige opplever store belastninger. Norske Kvinners Sanitetsforening tilbyr støtte via telefon og på Veiledningscenter for pårørende, skriver Kirsti Østhagen.

**P**årørende til rusmiddelavhengige er en gruppe som i liten grad har blitt hørt og deres behov har i stor grad blitt oversett. Pårørende til rusmiddelavhengige utgjør et betydelig antall personer. Antall rusmiddelavhengige anslås å være cirka 300 000. Rundt hver rusmiddelavhengig person, finnes det minst fem pårørende. Disse «betaler» store omkostninger ved at deres hverdag oppleves som en vedvarende krise, og tilværelsen preges av skam, uforsigbarhet, belastninger i familie- og sosiale relasjoner. Mange pårørende opplever i tillegg stigmatisering på arbeidsplassen og sosial utstøting ofte med sykmelding som resultat. I familier der et av barna har et rusproblem ser en at søsken lett blir lite synlige og føler seg «glemte». Disse barna står i fare for å utvikle senskader som eget rusproblem, relasjonsvansker og problemer med nærhet til andre mennesker, samt diffuse helseproblemer. Problematikken pårørende opplever tærer også på familiemedlemmenes samhold og en ser ofte oppløsning av familien som resultat av livssituasjonen. Denne belastningen innebærer ikke bare utfordringer overfor den enkelte og deres familie, men representerer også samfunnsmessige utfordringer og har derfor en stor samfunnsøkonomisk betydning.

## Flere veiledningscenter

Norske Kvinners Sanitetsforening (N.K.S.) har i en årrekke drevet Veiledningscenter for pårørende til rusmiddelavhengige i Sandnes og Oslo. Sentrene har registrert en jevnt økende etterspørsel og henvendelser har kommet fra stadig flere steder i landet. Dette har N.K.S. sett på som en klar indikasjon på at tilbudet har kvaliteter det ville være vel verd å utvide for varige tilbud også andre steder i landet. I 2007 vedtok derfor N.K.S. landsstyre å arbeide for opprettelse av tre nye veiledningscenter for å gjøre tilbudet til pårørende landsdekkende.

Ved utgangen av april 2010 var de tre nye sentrene etablert. De er lokalisert til Alta, Stjørdal og Skien. Med disse etableringene finnes dermed tilbudet i alle landets helseregioner. Forut for etableringen lå inten-

sjonsavtaler med de respektive kommuner, noe som har bidratt til god forankring lokalt. Sentrene har etter oppstart knyttet mange ulike samarbeidsrelasjoner. Det er inngått samarbeidsavtaler med avdelinger under helseforetak og rusforetak, med kommuner, bedrifter, frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner.

## Gratis lavterskeltilbud

Veiledningscenterne tilbyr faglig veiledning på telefon og som timeavtaler på sentrene til personer hvor en av deres nærmeste misbruker eller er avhengig av rusmidler. Pårørende er den som selv definerer seg som pårørende. Det kan være foreldre, samboere, barn av rusmiddelavhengige, venner eller andre. Sentrene har ansatte med høyere sosialfaglig og helsefaglig utdanning. Det kreves ingen henvisning for kontakt og alle ansatte er underlagt taushetsplikt. Pårørende kan være anonyme.

Veiledningscenterne er et sted hvor pårørendes egen opplevelse av sin og familiens situasjon blir tatt på alvor, og der de kan få støtte i en vanskelig livssituasjon, treffe andre med tilsvarende problemer og få hjelp til å se andre mulige måter å møte problemene på.

Vedtaket om etablering av nye veiledningscenter omfatter også etablering av et faglig nettverk for sentrene. Nettverket utgjør en fellesarena som samler og systematiserer erfaringer og kunnskap om pårørendes situasjon, deres behov, utfordringer og muligheter. ■

Les mer på:

[www.veiledningscenter.no](http://www.veiledningscenter.no)

**STØTTE:** Det er en påkjenning å være pårørende til en rusmiddelavhengig, og behovet for hjelp og støtte er stort. Illustrasjon: Colourbox.



Av Kirsti Østhagen,  
seniorrådgiver N.K.S.  
Kløverinstitusjoner as.

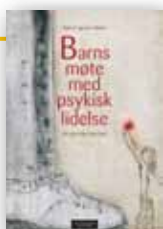


# Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

## BOKOMTALE



### En datters historie

Barns møte med psykisk lidelse er en bok skrevet for alle som skal jobbe med barn som har pårørende med psykisk lidelse. Forfatterens ønske er å gjøre de usynlige barna synlige ved å fortelle sin historie, og gjennom den vise hva fagfolk kan gjøre i møte med barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Forfatteren Grete Lillian Moen forteller blant annet om hvordan det oppleves å ikke å bli sett i møte med hjelpeapparatet.

*Barns møte med psykisk lidelse, Cappelen Damm*

## BOKOMTALE



### Om egen spiseforstyrrelse

Sommeren 2010 sto 27 år gamle Kristine Getz fram i Aftenposten og fortalte om sine ti år med spiseforstyrrelse. Vendepunktet kom da Kristine begynte å blogge. Ved å sette ord på sine innerste tanker og følelser, og ved å blottlegge seg, kunne egenerapien begynne.

Ifølge forlaget klarer Kristine Getz å beskrive en spiseforstyrrelse slik at folk forstår hva sykdommen går ut på. I omtalen av boken står det: «Hun skriver gripende og nådeløst ærlig, og vi tror på henne når hun midt i håpløsheten forteller at hun vil bli frisk.»

*Hvis jeg forsvinner, ser du meg da?, Aschehoug*

## BOKOMTALE



### Kommunikasjon med barn

Boken beskriver samtaler med barn i vanskelige situasjoner. Det kan være når barnet begynner i barnehagen eller på skolen, innlegges i sykehus eller må flytte til et fosterhjem.

Det framheves tre sentrale prinsipper som kan tjene som en rettesnor for samtalerne: å bidra til å skape mening for barnet i situasjonen, la det beholde sin verdighet i samtaler med voksne, og gi barnet anerkjennelse for hvordan det presenterer seg selv og sin historie.

Forfatteren Anne Kirsti Ruud er klinisk pedagog. Hun underviser ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse.

*Hvorfor spurte ingen meg? Gyldendal*

## BOKOMTALE



### Akuttbehandling i praksis

I denne læreboken om akuttpsykiatri hos voksne, levedegjør forfatteren Stein Opjordsmoen ilner innholdet gjennom pasienthistorier.

Utredning, akuttbehandling og også langsiktig strategi for å hindre tilbakefall, gjennomgås på bakgrunn av nyere forskning og klinisk erfaring. Et biopsykososialt perspektiv legges til grunn, der hyppig forekommende somatiske faktorer beskrives, men også hvordan lidelse utvikles og kan behandles i samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale påvirkninger.

*Akuttpsykiatri, Gyldendal*

«Man skal ei lese for å sluke, men for å se hva man kan bruke.» *Henrik Ibsen*

#### BOKOMTALE

### Hjelp til mennesker på avveie

Hvilken personlig og profesjonell kompetanse trengs for å bistå mennesker som har behov for å etablere en ny identitet og komme seg videre i livet? Det spørsmålet stiller forfatterne Ujagar Sakhi og Grethe Nordhelle. Boken beskriver blant annet filosofien bak Kilden aktivitetssenter og deres metodiske tilnærming.

«Kilden» er skrevet for dem som arbeider i, eller forbereder seg til, et yrke som krever samhandling med andre mennesker.

*Kilden - ny kompetanse til å hjelpe mennesker på avveie i sitt eget liv, Cappelen Damm*



#### BOKOMTALE

### Homofile innvandrere forteller

Forfatteren Amal Aden har intervjuet homofile fra ikke-vestlige land bosatt i Norge. Hun skriver i omtalen av boken: «Jeg har ikke skrevet denne boka for å fortelle om meg selv. Men én ting har jeg skjont av å tilbringe time etter time sammen med homofile som er livredde for å bringe skam over familien sin, som er blitt sendt til leger og imamer for å bli helbredet, eller som lever kompliserte dobbeltliv for å bevare hemmeligheten om legningen sin: Homofili er ingen privatsak. Derfor har jeg valgt å gi min egen historie plass i teksten. Jeg vil vise at det faktisk er mulig å være muslim og lesbisk og samtidig leve åpent og ha det godt.»

Amal Aden er født i Nord-Somalia i 1983 og kom til Norge som 13-åring etter å ha levd som gatebarn.

*Om håpet glipper, er alt tapt, Aschehoug*



#### BOKOMTALE

### Barn i psykoterapi

Alle barn er unike og individuelle i sitt personlige uttrykk og sin opplevelsesverden. Hva innebærer et terapeutisk møte? Barn er umiddelbare og nærværende i øyeblikket og utfordrer behandlernes evne til å være til stede og følelsesmessig tilgjengelige i terapirommet.

Psykoterapi er en prosess kjennetegnet av gjensidig utveksling der intersubjektive hendelser og mikroprosesser utgjør et fundament. Forfatteren Bjørg Røed Hansen bruker sine mange års erfaringer til å gi leseren et innblikk i hva intersubjektivitet handler om i den daglige terapeutiske hverdagen, og dens betydning for barnets utvikling. Intersubjektivitet belyses ved hjelp av utviklingspsykologi, filosofi, spedbarnsforskning og historier fra møter med barn. Bjørg Røed Hansen er psykologspesialist og dr.philos. fra Universitetet i Oslo.

*I dialog med barnet, Gyldendal*



#### BOKOMTALE

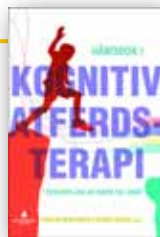
### Ungdomsterapi

Hvordan kan man bruke kognitiv atferdsterapi (KAT) i møte med de aller yngste klientene og ungdom som plages av ulike psykiske vansker? Det får du svar på i denne boken.

Ifølge forlaget er boken til nytte i arbeidshverdagen, der detaljerte kasuseksempler viser hvordan ulike kognitive og atferdsmessige metoder og teknikker blir oversatt fra teori til klinisk praksis. Her synliggjøres hvordan KAT tilpasses barnas alder og varierende nivå av sosial, språklig og kognitiv utvikling, som er nødvendig for å få et godt resultat. I tillegg til en generell innføring i KAT som metode, finner leseren diagnose-spesifikke kapitler om blant annet ulike angstlidelser, depresjon, posttraumatisk stress, selvskaading, rus og atferdsforstyrrelser.

Redaktørene, Kristin Martinsen og Roger Hagen, har fått med seg en rekke spesialister på de aktuelle fagfeltene.

*Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge, Gyldendal*



# Hun hadde det godt

Kvinnen jeg her skal fortelle om kom utslitt til Åsgård Sykehus en gang på 1960-tallet og ble innlagt på firemannsrom. Gjennom hennes øyne får vi et innblikk i pasientlivet på sykehuset den tiden.



Av **Åshild Fause**, Psykiatrisk sykepleier, 1. amanuensis ved sykepleierutdanningen ved universitetet i Tromsø.

**A**sgård Sykehus i Tromsø tok imot sine første pasienter høsten 1961. Med utgangspunkt i det ei kvinne forteller fra sin innleggelse på Åsgård på 1960-tallet, ønsker jeg å gi et bilde av noen forhold ved sykehuset de første årene etter oppstart. Eksemplet er hentet fra kildematerialet i et pågående forskningsprosjekt med tittelen: Dagligliv og samhandling i Åsgård Sykehus 1961–1985. Studien søker å belyse dagliglivets betydning i psykisk helsearbeid i et kunnskapshistorisk perspektiv og er basert på ulikt kildemateriale som klausulerte arkiv, trykte kilder og intervju av ansatte ved sykehuset.

Ei kvinne i 50-årene var innlagt på Åsgård i flere uker på 1960-tallet. Hun forteller at hun hadde kjent seg sliten og nedtrykt over flere måneder før distriktslegen foreslo at hun kanskje ville ha nytte av et opphold på Åsgård Sykehus. Han søkte og hun fikk plass. Hun forteller at hun grua

**«Samme kvelden skulle hun til en annen avdeling på dans.»**

seg til oppholdet, mest fordi hun var så elendig at hun ikke lenger klarte å ta seg av hus og hjem. Hun hadde hørt at det var åpnet et nytt sykehus i Tromsø der en kunne gjenvinne krefter og bli frisk. Men det var langt til Tromsø og hun kjente redsel og maktesløshet over å reise dit alene. Hun





# på Åsgård, tross alt



**NYTT SYKEHUS:** Åsgård Sykehus i Tromsø ble bygd på 1960-tallet. Her er annet og tredje byggetrinn ferdig. Foto: Aftenposten.

hadde bare vært i Tromsø en gang tidligere. Det hjalp på en bekjent fulgte henne.

Avdelinga hun kom til hadde over 40 pasienter. De fleste var yngre enn henne og det virket som om de hadde et sterkt samhold seg imellom. Det var ikke det at hun følte seg utafør, men mer det at hun hadde ikke krefter til å snakke med de andre. Hun ønsket aller mest å få sove og være for seg selv. Hun forteller:

«Jeg ble plassert på et firemannsrom. En av værelseskameratene mine var ei ung jente. Samme kvelden skulle hun til en annen avdeling på dans. Hun hadde fått en pakke med flere kjoler hjemmefra og sto og prøvde kjolene og pratet i ett kjøp. Jeg tenkte: Hvordan skal dette gå? Jeg ønsket jo bare å få være i fred og få være alene.

## «Jeg følte det var øyne alle vegne som fulgte hvert steg en tok.»

Men da hun endelig hadde bestemt seg for en kjole og var ferdig til å gå, kom hun med bladet «Det beste» til meg og spurte om jeg ville ha noe å lese i. Jeg leste bladet fra perm til perm. Siden ble det hun som ledet meg til biblioteket. Neste dag kom søster og spurte om jeg hadde lyst til å bo på et tomannsrom. De andre hadde sagt til søster at de trodde rommet deres ble for urolig for meg. Jeg takket og var glad til».

### Om pasientene

Sykehuset var som andre psykiatriske sykehus inndelt i ei kvinne – og ei mannsavdeling. I 1966 åpnet klinikkavdelinga som ei kjønnsblanda avdeling. De 170 pasientene som ble innlagt det første året var ikke en ensartet eller homogen gruppe. De var i ulik alder og tilstand. Mange kom fra Rønvik Sykehus i Bodø eller sykehus sørpå, pleiehjem eller privatpleien i Troms og Finnmark, mens andre aldri hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet. Pasientene sørfra hadde enten vært innlagt i Rønvik, pleiehjemmet for sinnsyke i Hammerfest eller vært i privatforpleining i Finnmark og Nord-Troms. Under 2. verdenskrig ble de alle tvangsevakuert sørover, innlagt i asyl, satt ut i privatpleie eller pleiehjem og kom ikke nordover før i 1961. Noen var unge og ble innlagt for første gang, andre var preget av sine psykiske plager og definerte som «kronisk uhelbredelige langtidspasienter».

### Personalet

Kvinnen skriver følgende om personalet:

«Det var leger, sykepleiere, fysioterapeuter og observatører. Alle gikk med notisbok i lommen, og jeg følte det som om det var øyne alle vegne som fulgte hvert steg en tok».

Det var klare regler for hvem som kunne ansettes. Sykepleiere med 3-årig utdanning, fikk fast ansettelse. Hjelpepleiere med pleierkurs, fikk midlertidig ansettelse for ett år av gangen. Etter tre års tjeneste, kunne styret tilby fast ansettelse. I 1964 satt Nord-Troms yrkesskole i gang med det første kurset for hjelpepleiere og flere pleiere med erfaring søkte seg til skolens psykiatriske linje. I tillegg var det ansatt arbeidsterapeuter og utepleiere. Utepleierne var ansatt ved Gartneriet og hadde ansvar for oppfølging av pasientene i gardsdrifta. Hjelpepleierne utgjorde sammen med sykepleiere uten spesialutdanning til sammen cirka 70 prosent av alle ansatte i 1963.

I 1961 begynte arbeidsdagen begynte kl. 7 eller 8. Deltvakter der en var på jobb noen timer hver morgen, hadde så noen timer fri for så å komme tilbake til avdelingene, var vanlig til ut på 1970-tallet. De som ikke bodde på området og kunne gå hjem, kunne benytte et hvilerom for personalet. De første årene gikk ansatte i full uniform.

Sykehuset hadde ikke vanskeligheter med søkere til ledige stillinger de første årene. Til stillingen som fyrbøter og reparatør, kunne ledelsen velge blant 73 søkere, mens 28 søkte stillingen som maskinsjef. I 1963 var det 14 søkere til en stilling som arbeidsterapeut, sju søkere til en nattoversykepleierstilling, fem søkere til to stillinger som nattpleiere og 42 stillinger til tre ledige stillinger for hjelpepleiere. Den første psykologen ble ansatt i 1963.

### En vanlig dag på Åsgård

Kvinnen forteller:

«Vi hadde faste spisetider, arbeidstider, møtetider og konferansetider. Frokosten var fra klokken 07.30. Det var alltid god mat. Tenk å få stå opp klokken 07.30, vaske og stelle seg, gå til et veldekket bord og spise seg god og mett uten å legge to pinner i kors».

Men alt var ikke like trivelig. Hun forteller:

«Den verste stunden på dagen var morgensamlingen klokken 08.30. Å ha 50–60 par øyne rettet mot seg, var ikke noe å bli frisk av, heller det motsatte. Opplegget var basert på arbeidsterapi, og den

som ikke ville være med på den, kunne bare reise hjem, sa overlegen til en av pasientene, for da hadde hun ingenting der å gjøre»

«Det jeg lettest ble fortrolig med, var arbeidstimen, men det var nå den som slo meg ut også. De fire første ukene gikk bra. Ja, jeg syntes eller trodde å merke en forandring til det bedre. Men det kom nok helst av at det vi arbeidet med var mest som en barnelek. Vi var delt i fire grupper og arbeidet to uker på hver plass og arbeidsoppgavene gikk på omgang. En dag måtte jeg til tannlegen og da jeg kom tilbake var det bare koppvasken igjen – og det var ikke akkurat den letteste jobben. Det var bare tykke stentøykopper og tallerkener som etter vask skulle settes i kasser, løftes over i kokeren, derfra tilbake på benken og siden på bordene igjen. Da kvelden kom og jeg kunne gå tilbake til rommet mitt, var jeg helt overgitt. De som hadde sagt jeg trengte å komme meg et sted for å hvile, og så ble det bare husarbeid i stedet».

Ut fra det kvinnen forteller hadde arbeid og samhandling en sentral plass i behandlingen. Det var også et satsingsområde fra ledelsen av sykehuset. I 1964 ble to store terapialer i sokkeletasjene i bygg 7 tatt i bruk. En av salene var utstyrt maskinelt for tre – og metallsløyd. Seinere ansatte sykehuset en keramiker som fikk innreda et keramikkverksted. I tillegg kunne pasientene delta i sykurs hvor de kunne lære å sy sitt eget tøy. Gårdsdriften sto sentralt i behandlingen. I tillegg til at den hadde en økonomisk betydning for sykehusets drift, var den terapeutiske verdien av arbeid både inne og ute løftet fram.

### Hva innleggelsen betydde

Kvinnen gruet seg til å komme hjem til et liv som var lik det hun hadde forlatt. Hun sier:

«Når jeg siden har tenkt på hvorfor jeg gruet så for å reise hjem, har jeg kommet til at det var fordi jeg hadde det godt på Åsgård, tross alt. Jeg visste det ble andre boller når jeg kom hjem. Alle pasientene var snille og hyggelige, likeså søstrene, arbeidsleiderne og legene. Jeg tror ikke jeg en eneste gang hørte noe ufordelaktig fra noen de ukene jeg var der. Den tid som ble til overs etter møter og aktiviteter, disponerte jeg selv. Der var et rikholdig bibliotek som jeg stiftet bekjentskap med. Jeg fikk aldri noen personlige venner blant pasientene og tydde derfor til bøkene. Jeg har alltid vært glad i å lese, det hadde bare vært så liten tid til den slags.» ■



**FRED OG RO:** Kvinnen ville være alene - og innimellom ble det tid til det. Illustrasjonsbilde: Colourbox.



# Medikalisering av rusfeltet

Etter å ha registrert svingningene i rusfeltet de siste 25 år, har jeg etter hvert ervervet meg et nokså relativistisk syn på terapeutiske teorier. Her er noen refleksjoner fra en ikke-helsefaglig praktiker.

**D**a jeg begynte som prest i rusfeltet på slutten av 1980-tallet, registrerte jeg at det som ble kalt «sykdomsmodellen» nærmest var et skjellsord. Den ble ansett som ansvarsfraskrivende, og – mente den terapeutiske ekspertise – var den beheftet med den store mangel at den skygget for psykologiske og sosiale faktorer. Smertestillende medikamenter under avrusningsfasen ble stort sett avvist (bortsett fra Tegretol ved kramper), med den begrunnelse at abstinensmertene er kroppens egen konsekvens av rusmisbruk. Et generelt omkved var

at «vi tror ikke på kjemiske løsninger». Den medisinske vitenskap ble møtt med den innvending at «den har aldri funnet alkokokken», og følgelig finnes det heller ikke noe antibiotikum mot rusmiddelavhengighet.

Den ble derimot sett på som lært atferd, som kunne modifieres eller elimineres ved hjelp av egne valg, støttet av psykologisk og sosial hjelp (at rusmiddelmisbruk ofte i sine konsekvenser leder til somatiske sykdommer og skader, har man selvfølgelig alltid visst).

Alle som målbar dette syn, kalte sitt syn for «faglig». I den terapeutiske dag-

ligtale ble dette begrep den gang brukt med omtrent samme hegemoniske betydning som begrepet «evidensbasert» brukes i dag. La dette være en påminning om det historisk relative i hva som til enhver tid oppfattes som faglig.

## Sykdomsbegrepets comeback

Ved rusreformen i 2004 ble de forutgående tiårs ideologi endret. Begrepet pasient, som hadde vært utbredt i perioden 1950-70, gjorde nå comeback og fortrenget begrepet klient. Og de mest profesjonaliserte rusbehandlingsinstitu-



Av institusjonsprest **Arild Vøllestad**,  
FoU-avdelingen, Rogaland A-senter



**MEDIKAMENTER:** Smertestil-  
lende medikamenter måtte nar-  
komane stort sett klare seg uten  
når de skulle avrusas på 80-tallet.  
Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sjoner ble plassert inn under den tverrfaglige spesialisthelsetjenesten. De som søkte hjelp der, fikk følgelig pasientrettigheter. Mange ansatte hadde sterke forhåpninger om at dette skulle føre til en generell oppskrivning av rusfeltets prestisje, noe som vel et stykke på vei er blitt oppfylt? Videre hadde man sterke forhåpninger om at rusreformen skulle gi bedre forutsetninger for anti-stigmaarbeid.

Ved dette paradigmeskifte ble det rettet et mer bevisst søkelys på kroppen, hvor ganske mye vitterlig kan veies og måles. Og ikke bare på de somatiske

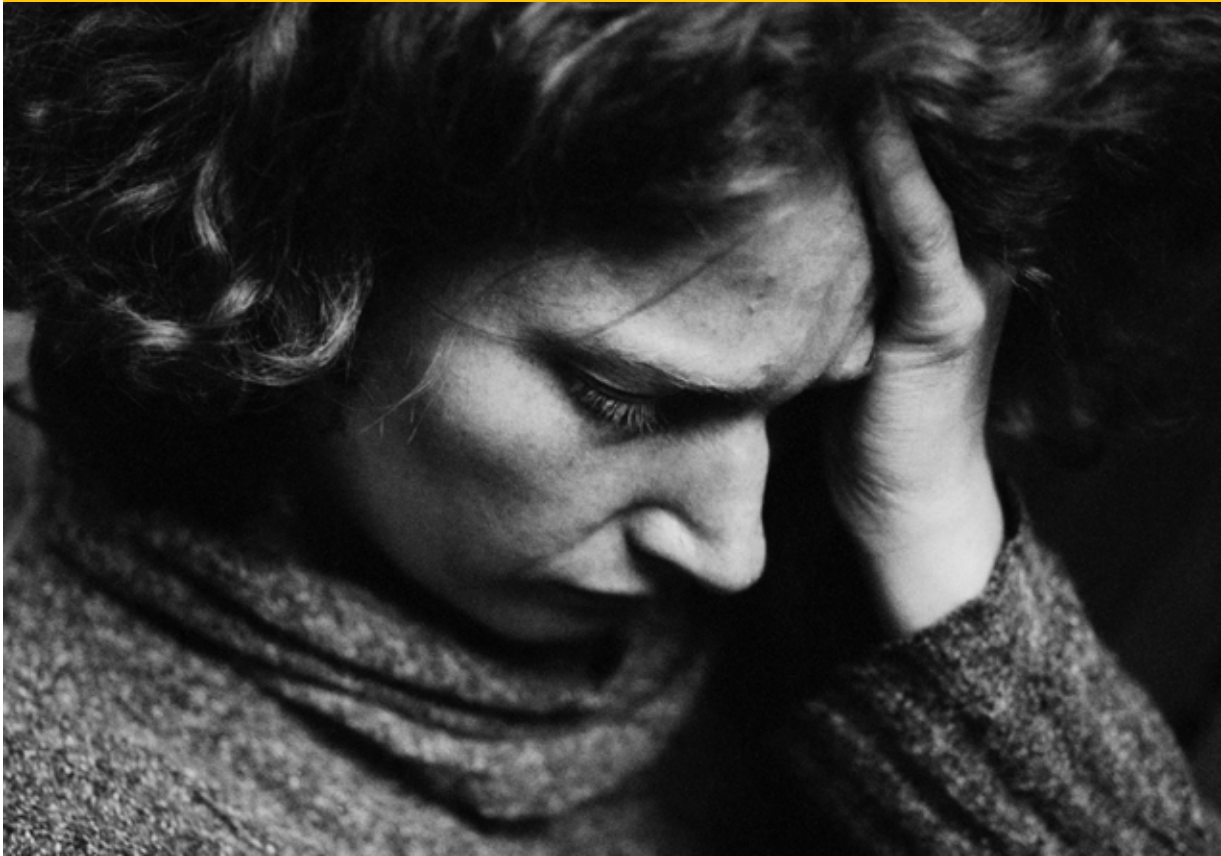
sykdommer som er konsekvenser av rusmisbruken (de har man som sagt alltid visst om), men den faglige nysgjerrighet rettet seg mot rusmiddelavhengighets mulige biologiske årsaker (genene). Og i årene etter 2004 har fenomener som metadon, Subutex og økt bruk av smertestillende medikamenter under avrusningen blitt innført.

Et ideologisk motiv lå også bak, nemlig ønsket om en «ikke-moraliserende» tilnærming.

#### **Mennesket er et helhetlig vesen**

Når jeg i det følgende problematiserer

vår tids medikalisering, er det ikke ut fra en kresen åndsvitenskapelig nedvurdering av kroppen. Ei heller skyldes det en teologisk betinget framheving av begrepet ånd. Tvert imot insisterer teologien på et menneskesyn hvor ånd, sjel og kropp ikke må spilles ut mot hverandre som atskilte «avdelinger» i mennesket, mennesket er en helhet. Noe av det mest fundamentale Bibelen sier om menneskets kroppslig-materielle side, ligger i selve det hebraiske ordet «adam». Som i utgangspunktet ikke var et egennavn, men betegnelsen på det første menneske. Ordet «adam»



**SYK:** Når et menneske ved uvettig bruk av rusmidler setter over styr jobb, familie og helse – finnes det da noe annet ord i språket enn å si at dette er sykt?  
Illustrasjonsfoto: Colourbox.

kommer av «adamah», som bokstavelig betyr jord, støv. Som Jahve ifølge 1. Moseboks mytologiske språk brukte som stoff for å skape det første mennesket. Slik sett er Det gamle testamente like materialistisk som vår tids evolusjonsteorier. Og så får vi heller i et videre perspektiv meditere over hva det kan bety for antropologien at «Jahve blåste livspust i nesen på det, og mennesket ble en levende skapning».

Etter å ha registrert svingningene i rusfeltet de siste 25 år, har jeg etter hvert ervervet meg et nokså relativistisk syn på terapeutiske teorier. Mennesket synes å være så sammensatt at det ikke fullgodt lar seg fange inn i noen helsefaglig eller terapeutisk skoleretning. Det er følgelig lite sannsynlig at noen har hundre prosent rett.

#### En sykdom

Når et menneske ved uvettig bruk av rusmidler setter over styr jobb, forholdet til oppvekstfamilie og venner, eget

selvbilde, ekteskap eller samboforhold, kroppslig helse – finnes det da noe annet ord i språket enn å si at dette er sykt? Nepe. Ord som sykt og sykdom melder seg nærmest automatisk.

Men hva kjennetegner så denne sykdom? Jo, blant annet at pasienten svært ofte er i grunnleggende tvil om han eller hun vil bli kvitt sykdommen. Den gir, iallfall i de innledende stadier, særdeles mange følelsesmessige og sosiale gevinster. Her skiller sykdommen rusmiddelavhengighet seg radikalt fra sykdommer som for eksempel lungebetennelse, isjias og øreverk. Har man disse sykdommer, erfarer man at de i liten grad gir sosiale gevinster. Og den kroppslige smerte i nuet er så påtregende at ingen tviler på sitt ønske om å bli kvitt disse sykdommer.

#### Samtaler med pasienter

Siden mennesket er sammensatt, er rusmiddelavhengighet også det. Men når den kalles sykdom, betyr det da at alt ved

personen er sykt, 24 timer i døgnet? For eksempel også pasientens etiske erkjennelsesevne? Etter min erfaring nei.

I 10 –12 år har jeg hatt ukentlige uformelle etikkamtaler med pasienter innlagt til avrusning. Dette skjer fredag ettermiddag, som del av avdelingens «helgestart», med kaffe og kaker i dagligstuas sofakrok. Frammøtet er frivillig, og regel nr. 1 sier at hvis noen blir trøtete eller urolige eller kjeder seg, så er det lov å gå uten vidløftige forklaringer. Vanligvis deltar fire til seks pasienter, samt en fra personalet.

Som gruppeleder er jeg åpen på at jeg ikke har et rusproblem og derfor mangler egenerfaring med avrusning. Av og til ber jeg dem derfor forklare meg hva som oppleves som verst under avrusningsprosessen. Her gjengis en fingert samtale rundt ulike sider ved dette. Den gir seg ikke ut for å være en forskningsbasert sannhet, men et utsnitt av pasienters selvpplevelser. Bokstavene A, B, C og D refererer til ulike pasienter:

A: «De kroppslige smertene er absolutt verst.»

B: «Nei, jeg er ikke enig. De kroppslige smertene vet jeg hva er, det er verre med de psykiske.»

C: «Ja, særlig dette at jeg er redd for at det skal gå opp for meg alt det gale jeg har gjort.»

D: «Enig, det er mange ganger det verste.»

Jeg: «Det høres nesten ut for at dere også snakker om etiske avrusningssmerter?»

B: «Ja, du kan godt kalle det det. Jeg har ofte skyldfølelse, og føler at folk ser ned på meg.»

Jeg: «Vi snakket for fem minutter siden om at det er rimelig å kalle rusmiddelavhengighet for en sykdom. Men finnes det medikamenter for skyldfølelse, på same måte som penicillin hjelper mot øreverk?»

Pasienter i kor: «Nei. Det vil si vi kan døyve skyld- og skamfølelse, men det er jo ingen løsning.»

B: «Ofte ruser jeg meg for å døyve dårlig samvittighet.»

Jeg: «Såpass mange sier det her i gruppa i løpet av et år at jeg må spørre dere: Hvor mye av rusingen i dagens Norge tror dere skjer for å døyve dårlig samvittighet? Så mye som 10 prosent?»

Pasienter i kor: «Å, mye mer!»

A: «Rusmidlene har en veldig makt. De drar

meg. Noen ganger står jeg bare på polet, uten å ha planlagt det.»

C: «Da hjelper det ikke mye å ha pasientrettigheter.»

Jeg: «Er det slik at vinflaskene nærmest står i skapet og roper: kom og kyss meg?»

A: «Ja, nesten.»

D: «Jeg tror det sitter i genene. Min far, og to av mine brødre, har også rusproblemer.»

B: «Jo, men du kan ikke skyld på det. Da blir du jo sittende i klisteret hele veien.»

D: «Men så lenge såkalte venner kommer på døra i tide og utide, er det ikke mye du kan gjøre.»

C: «Jeg føler mange ganger at livet er så tomt.»

De fleste pasienter pleier gi uttrykk for at de kjenner seg igjen i ordet sykdom, og at de i noen grad føler det som moralsk avlastende. Hvis jeg skal tolke disse holdninger, tror jeg at begrepet sykdom for mange blir et gjenkjennelig navn på et livsproblem de føler at de ikke rår med.

Samtidig legger de inn sterke meldinger om fenomener i rusens verden som ikke uten videre fanges inn av en reindyrket evidensbasert eller somatisk tilnærming: Dårlig samvittighet, skam, rusmidlenes irrasjonelle makt, miljøets innflytelse, eksistensiell tomhet.

### Sykepleie har en helhetlig tradisjon

Rusreformen har ført til at flere sykepleiere og leger blir ansatt i rusbehandling, og disse yrkesgrupper blir i særlig grad bærere av medikaliseringen. Spørsmålet er på hvilke måter.

Historisk sett er det ingen ting i veien for at disse to fag kan ha fokus også på slike ting som kom fram i den fingerte pasientsamtalen. Sykepleiefaget har i sin bagasje sterke helhetlige omsorgstradisjoner. Faget medisiner behøver ikke bare å være opptatt av å finne «de egentlige årsakene» til rusmiddelavhengighet i cellulærbiologiske prosesser, løsrevet fra menneskets kulturelle kontekst. Og det er en karikatur av legeyrket å påstå at det bare handler om sprøyter, medikamenter, stetoskop og laboratorium.

Hvis dagens medisinske orientering i rusfeltet ikke skal berede grunnen for en upraktisk stor pendelsvingning tilbake i løpet av de kommende tiår, utfordres sykepleiere og leger til å tenke og handle helhetlig. Derfor må rusbehandlingsinstitusjoner legge til rette for tverrfaglige fora. Også for å klargjøre sykepleie- og legeyrkets særegne oppgaver og muligheter i rusbehandling. ■



**Følg oss  
på Facebook**

Siste nytt om NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus finner du på vår facebook-side. Søk på SPoR så kommer du til siden.

# Avmakt ved omsorg av voldsutøvere

Hvordan klarer vi som omsorgsutøvere å være i relasjon med mennesker som skaper avmaktsfølelse hos oss?



Av Kjersti Jenssen, psykiatrisk sykepleier, Psykiatrisk akuttpost UNN.



Av Kjersti Øvernes, psykiatrisk sykepleier, helsetjenesten Tromsø fengsel.

**V**i har mange ganger hatt i oppgave å hjelpe mennesker som har utført alvorlige voldshandlinger. Vi har kjent på hvordan dette kan skape avmakt i oss. Vi ble nysgjerrig på hvordan vi som profesjonelle omsorgsutøvere kan klare å forholde oss til mennesker som skaper avmaktsfølelse i oss. Hvilke teknikker er det vi bruker som gjør at vi klarer å stå i disse relasjonene? I vårt fagfelt i henholdsvis kriminalomsorgen og i den psykiske helsetjenesten møter vi mennesker med voldsproblematikk som får oss til å føle avmakt ofte.

Gjennom vårt arbeid med psykiatriske sykepleiere møter vi mange mennesker. De fleste sliter med psykisk lidelse, og noen av dem har lang fartstid med kriminell virksomhet. De mest utfordrende pasientene vi møter er de som skaper avmaktsfølelse hos oss. Avmaktsfølelse kan vi kjenne på i møte med en rekke situasjoner, men vi vil her konsentrere oss om den avmakt vi føler når vi står overfor voldsutøvere som selv er i behov av omsorg fra oss. For eksempel kvinnen som drepte mannen sin, den unge gutten som ranet en gammel dame, eller mannen som har forgrepet seg på små barn. De rokker ved vår egen evne til å føle empati fordi de selv opplever som usympatiske. Dette er mennesker som har rett til helsehjelp som alle andre i samfunnet.

Vi ønsker her å se nærmere på noen av de utfordringer vi som psykiatriske sykepleiere møter i relasjon med disse voldsutøverne. Hvem er de, hva er det som gjør det så vanskelig å stå i hjelperollen, og hva skal til for at vi skal kunne yte hjelp ut fra de etiske retningslinjer vi er underlagt som sykepleiere i det norske helsevesen?

For å nærme oss en forståelse av temaet har vi benyttet oss av to informanter, en psykiatrisk sykepleier og en ufaglært miljøarbeider. Vi benytter oss i stor grad av våre egne erfaringer og litteratur.

Når vi snakker om voldsutøvere her, vil vi støtte oss til Per Isdal sin definisjon av vold:

«Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller å slutte å gjøre noe den vil» (Isdal, 2002, s. 36)

Vår problemstilling blir derfor som følger; Hvordan klarer vi som omsorgsutøvere å være i relasjon med mennesker som skaper avmaktsfølelse hos oss?

## Omsorg

Pasientens egne behov er det som alltid har stått i sentrum for sykepleien. Når vi kjenner til den enkeltes historie skjer det noe i oss. Det kan oppleves vanskelig å være empatiske. Gir man en annen type omsorg ved at en kjenner til den enkeltes historie? Ved at vi har informasjon og kunnskap om hva den enkelte har gjort kan vi lett bli dømmende, og møte pasienten på en annen måte enn om vi ikke hadde visst. I dag er det slik at ingen nekter en storryker som har fått lungekreft helsehjelp. På samme måte kan vi heller ikke nekte en voldsutøver hjelp for sine problemer. Alle har samme rett til helsehjelp uansett hvem de er, hva de er eller hva deres historie er. Vi kan ikke skille på folk.

Profesjonell omsorg er å yte omsorg i kraft av sin profesjon. Som sykepleiere er vi skolert til å yte hjelp til den som trenger det. Vi utviser empati og etisk





**SYKE VOLDSUTØVERE:** Voldelige mennesker blir også syke, og de har krav på samme hjelp og omsorg som alle andre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

menneskesyn med den kunnskap og ferdighet vi har lært oss. Vi jobber etter våre egne verdier og vår profesjons verdigrunnlag; yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Vi respekterer at den andre personen har verdier som er ulike våre egne. Vi benytter oss av all vår kompetanse, hva gjelder fagkunnskap, empati og etikk, for å bevare den andres helse og behov så godt som mulig, uavhengig av våre personlige oppfatninger av den andre.

Vi setter et likhetstegn mellom sykepleie og omsorg. Gjennom å jobbe innenfor psykisk helsevern vet vi at det kan være veldig vanskelig. Vi møter mange menneskeskjebner på vår vei, og noen av dem utfordrer oss mer enn andre, og da særlig mennesker med alvorlig voldshistorikk. Noen planlegger og tilrettelegger for å utøve vold, andre er mer impulsiv og utøver vold mot tilfeldige ofre. Vi møter innimellom mennesker som har begått grusomme handlinger mot andre mennesker. Noen har drept, andre har begått alvorlige overgrep.

Vi er alle avhengig av omsorg. Det gjelder også for disse menneskene vi møter. Kari Martinsen (Vesterdal, 1996, s. 51) sier at omsorg er en grunnstruktur i menneskets væremåte og at dette ikke er noe vi kan velge. Som mennesker er vi avhengig

av hverandre. Ved sykdom eller svakhet blir denne avhengigheten særlig sterk. Hun mener at vi som mennesker føler det som riktig å hjelpe andre når de har behov for det. Hun har et kollektivistisk menneskesyn, og det innebærer at det kun er igjennom mellommenneskelige avhengighetsrelasjoner at frihet, selvstendighet og ansvar får mening. Mennesker er ikke selvstendig dersom det ikke er bundet sammen av kollektive sammenhenger, livsmønstre og tradisjoner som vi har blitt utviklet gjennom og som vi daglig lever i.

## «Det kan oppleves vanskelig å være empatisk.»

Vi som jobber i feltet møter mennesker som skaper negative følelser hos oss. Selv om vi skulle ønske vi kunne det, er det ikke alle mennesker vi klarer å vise empati for eller anse som likeverdige. Vi har problemer med å forholde oss til dem, enten på grunn av den innsikten vi har i deres liv eller av andre årsaker. Vi kan reagere ved å unnlate å møte blikket, og ikke være tilstedeværende og åpen. En kan kjenne ubehaget som brer seg over hele kroppen. Vi stenger

pasienten ute fra oss selv. Forholdet mellom hjelper på den ene siden og pasient på den andre siden preges av et komplisert spenningsforhold.

#### Menneskesyn som grunnlag for omsorg

Robert D. Hare beskriver psykopaten i boken «Uten samvittighet». Psykopati er ikke et diagnostisk begrep, men like fullt kan man forstå hva det innebærer. Den samvittighetsløse voldsutøveren, som finner glede i å påføre sine omgivelser smerte og lidelse. Hare beskriver at psykopati er et resultat av arv og miljø. Han skriver om små barn som samvittighetsløst dreper eller skader dyr og mennesker, og konkluderer med at noen mennesker er født med disse egenskapene. R.D. Hare beskriver grusomme handlinger utført av små barn som er «produkt av

## «Helsepersonell er en utsatt gruppe når det kommer til utbrenthet.»

en stabil yrkesfamilie» (Hare, 2003; s. 152). Han beskriver at flere barn som utøver vold kommer fra tilsynelatende velfungerende og oppofrende familier, og ikke fra svake sosiale miljøer med fattigdom, rus og vold slik vi er vant med å forklare problematferd hos barn. Hare hevder at der andre vil hevde at psykopatens manglende evne til å knytte nære bånd i barndommen er årsak til personlighetsforstyrrelsen, så vil han kalle det et symptom på psykopati.

Nå er jo langt fra alle voldsutøvere psykopater, men vi vil likevel nevne dette ytterpunktet av forståelse av mennesket for å tydeliggjøre vårt perspektiv på mulighet for å yte ethvert menneske den omsorg de har krav på og behøver.

Per Isdal skriver «alt har en historie». Med dette mener han at man kan forstå all atferd ut fra en kombinasjon av et menneskes livshistorie, den kultur vi lever i og den situasjon hver enkelt står i. Isdal mener at all atferd kan forstås som en form for mestring av følelser, situasjoner eller betingelser. Ved å tenke slik om mennesker; at alle deres tilsynelatende uforståelige handlinger stammer fra et forsøk på å mestre noe vanskelig, kan vi nærme oss disse menneskene på en måte som er imøtekommende, heller enn overveldet av motstand. Isdal uthever at «i et mestringsperspektiv er all atferd meningsfull». Vi mener at dersom vi skal kunne møte våre klienter og pasienter med åpenhet og imøtekommelse, må vi forsøke å forholde oss til

denne filosofien. Vi må tro på det gode i mennesket, og ikke tillate oss å gå ut fra at noen mennesker rett og slett bare er født onde.

Ethvert menneske har rett til å få omsorg når de lider. Uansett hvem vi er og hva vi er, så opplever vi gjennom livet å bli såret, krenket, skremt eller på annen måte utsatt for traumer. Uansett hvem vi er, er vi avhengig av andre menneskers godhet og velvilje innimellom. Som helsepersonell er vi satt til denne oppgaven; å ta vare på andre. Som psykiatriske sykepleiere møter vi gjerne de menneskene som ikke faller inn under de normer de fleste lever etter i dette landet. Vi møter mennesker som ikke alltid opptrer slik vi forventer, ikke alltid rasjonelt, og innimellom rett og slett på en måte som liketil kan anees å være slemt eller ondt. Hvordan klarer vi som hjelpere å forholde oss til disse menneskene på en omsorgsfull og velmenende måte? Vi tenker da i hovedsak på disse menneskene som vi gjennom vår profesjon får kunnskap om, som vi kanskje helst ikke skulle ønske vi visste om. Voldtektsforbryteren som lider av en depresjon, den narkomane voldsutøveren som sliter med abstinenser, konemishandleren som ikke føler seg forstått. Denne problematikken er et tema i terrorsaken som rammet Norge 22. juli 2011, der de som skulle ivareta Anders Behring Breivik i fengselet måtte ta stilling om de ville kunne klare å behandle han etter de samme regler og retningslinjer som enhver annen innsatt. Vi tenker at det må finnes takhøyde for at personale som skal ivareta terroristen i fengselet har mulighet til å avstå fra oppgaven dersom de kjenner at motstanden mot han blir for sterk.

#### Onde mennesker eller bare onde handlinger?

I psykisk helsevern må vi ofte forholde oss til disse menneskene som ikke følger samfunnsnormene for atferd verken legalt eller etisk. Vi møter de som rasjonaliserer på en annen måte enn det vi er vant med. I møte med disse menneskene er vi avhengige av å åpne oss for den verdensforståelse hver enkelt pasient lever i. Dersom vi kun velger å forholde oss til den verdensoppfatning vi selv lever etter, vil vi begrense våre muligheter til å forstå og dermed kunne hjelpe den andre. Et eksempel på dette er den tidligere omtalte terrortiltalte. Han er tilsynelatende så overbevist i sitt livssyn at han ønsker å gjennomgå en rettssak for å kunne komme til ordet og formidle sin propaganda til verden.

I de fleste menneskers øyne er disse handlingene ubegripelige handlinger begått av en gal mann gjennomsyret av ondskap. Dersom man ser nærmere

på terroristens overbevisning om verdenssituasjonen, vil man kunne se en slags forklaringsmodell for hvorfor han gjorde som han gjorde. I hans eget bilde er de bestialske drapene et nødvendig onde for å redde verden fra forfall. I hans verden er altså voldshandlingene utført ut fra en idé om at følgene av ikke å utføre handlingene, vil ha mye større negative konsekvenser. Ut fra hans verdensforståelse er altså handlingene i det lange løp av gode hensikter, selv om de oppleves grusomme i dag.

Å søke forklaringer på volden er ikke det samme som å lete etter aksept for den. Vold er på ingen måte en akseptabel mestringsstrategi, men dersom vi forstår hva volden er ment som lindring for, vil vi kunne ta tak i årsaken bak handlingen, og dermed lete etter nye og aksepterte strategier for mestring.

Når vi møter pasienter som til stadighet reagerer på sin egen avmaktfølelse med vold, må vi som hjelpere forsøke å finne ut hvor denne avmaktfølelsen kommer fra i utgangspunktet. Vi har en felles pasient som har vært utsatt for seksuelle overgrep i narkomiljøet han vanker i. Han har kjent på følelsen av å være totalt uten verdighet i disse situasjonene, krenket, smertet og svekket i sin maskulinitet. I dag er denne mannen voldsomt opptatt av å bygge muskler. Han framstår fysisk som «uovervinnelig» gjennom å utstråle styrke, i tillegg kommer han stadig i situasjoner der han utøver vold mot andre. Man kan se et tydelig mønster i hans voldsutøvelse, som uten unntak går ut over fysisk svakere mennesker enn han selv. Det kan både være kvinner og menn, og alltid i situasjoner han ikke kan kontrollere eller der



**HJELP MOT UTMATTELSE:** Som sykepleier står man i fare for å bli utmattet. Det hjelper å ha et godt arbeidsmiljø hvor man kan dele frustrasjoner med andre som kjenner til de belastninger man utsettes for. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

han føler at de ikke respekterer han. Han kan slå til noen som dulter borti han i busskøen, og slik krenker hans ego. Det kan være dama bak skranken på NAV som ikke betaler ut penger fort nok. Han har ikke kontroll over disse situasjonene, og hans måte å reagere på denne kontrollmangelen er med avmakt, som igjen uttrykkes ved fysisk vold. Gjennom voldsutøvelsen har han opparbeidet seg en slags respekt i det miljøet han vanker i. Det er ikke så mange som tør å «kødde med han» der lenger. Volden har i det miljøet derfor gitt mening for ham. Han er alltid velkledd, er opptatt av trening og kosthold, samtidig som han har et stort rusproblem. Han er

## «Vi må tro på det gode i mennesket.»

oppmerksom og sjarmerende på mange måter, noe som nesten gjør det enda vanskeligere å forholde seg til ham. På ene siden sjarmeres man av denne trivelige og høflige mannen, samtidig trår man varsomt for ikke å utfordre den andre siden av ham, der han kan reagere på utfordringer med kraftig vold. I møte med denne mannen kjenner vi ofte på en følelse av avmakt, der vi opplever at den latente volden får for stor betydning i vår relasjon til han.

### Er det noen ganger bedre ikke å vite?

Et av våre intervjuobjekter er psykiatrisk sykepleier. Hun ble i kraft av sin posisjon som medborger i samfunnet valgt ut til å være meddommer i en rettssak der en mann var tiltalt for overgrep mot barn. Der gikk juryen igjennom mye bevismateriale for å kunne danne seg et helhetlig bilde av saken. De måtte overvære grusomme bilder og filmer. Vår informant møter igjen denne mannen i en seinere situasjon, der han ble innlagt på en psykiatrisk institusjon. Hun var nå i rollen som psykiatrisk sykepleier, han som pasient. Hun visste inngående om alle de grusomme tingene han hadde gjort, men var likevel satt til å være den som skulle gi han den omsorgen han trengte.

Vi er avhengige av å kunne kommunisere med andre mennesker fra våre første levedager. Gjennom kommunikasjon klarer vi å formidle ønsker, følelser og ytringer. Vi kommuniserer på flere måter, både verbalt og nonverbalt. For å skape en god relasjon er det en forutsetning at kommunikasjonen er god. Det å vite at en person har gjort noe som vekker avsky i oss gjør det vanskelig for oss å kommunisere åpent med han eller henne. Om vi ikke sier det med ord så viser

vi det med kroppsspråk, ofte kommer dette spontant, bevisst eller ubevisst. Våre egne tanker, eller våre egne følelser kan gjenspeiles i kroppslige reaksjoner. Ansiktsuttrykk og kroppsholdninger sier noe om hvordan vi oppfatter relasjonen, på godt og vondt. Dersom det ikke er samsvar mellom de ordene vi sier og det kroppen uttrykker, vil det skape utrygghet i relasjonen til den andre. Vi mennesker har ofte større tillit til kroppens uttrykk enn ordene som blir uttalt, og dersom vi da har en avstandsskapende kroppsholdning hjelper det lite at vi sier de rette ordene; vi oppfordrer ikke den andre til gjensidig tillit.

Som hjelpere tenker vi derfor at det er av særdeles viktighet at vi er reflekterte i forhold til vår egen forforståelse, våre holdninger og våre egne følelser. Vi må øve opp bevissthet om våre kommunikasjonsferdigheter, samtidig som vi bevisst forsøker å oppnå en ærlig og åpen relasjon mellom oss selv og pasienten.

### Sekundærtraumatisering og utbrenthet – en utfordring

I vår hverdag som helsepersonell er vi forpliktet til å sette «den andre» foran oss selv mange timer hver dag. Når vi står overfor mennesker med særskilte behov for omsorg er det ikke rom for at våre egne følelser og stemninger skal få tre fram i lyset. Dette krever at vi til enhver tid setter oss selv til side til fordel for våre pasienter.

I tillegg til at vi må sette oss selv til side, må vi i møte med disse særskilte utfordrende pasientene alltid være bevisst vår egen rolle som hjelpere. Når vi sliter med våre egne følelser i forhold til den andre, er det spesielt viktig å være bevisst vår tilstedeværelse i situasjonen. Vi må klare å framstå åpne og tilstedeværende, og være bevisst vår verbale og ikke minst nonverbale kommunikasjon. Dersom det ikke er samsvar mellom den verbale og den nonverbale kommunikasjonen, vil det skape et mistillitsforhold mellom oss og pasienten, og vi vil risikere å krenke pasienten gjennom ubevisst avvsnings. Dette vil igjen være et dårlig utgangspunkt for behandling og god pleie. Det er derfor av avgjørende betydning at vi som hjelpere klarer å holde oss profesjonelle i møte med våre pasienter.

Hvordan kan vi klare å stå i disse relasjonene over tid uten at vi selv blir utslitte? Helsepersonell er en utsatt gruppe når det kommer til utbrenthet. Når vi gjennom lang tid må ta innover oss alle de problemene våre pasienter sliter med, i tillegg til de belastninger det er for oss som helsepersonell å klare og ikke la følelsene våre få for stor del i relasjonene, kan



**FORSTÅELSE:** Ved å tenke om mennesker at deres uforståelige handlinger stammer fra et forsøk på å mestre noe vanskelig, kan vi nærme oss dem på en måte som er imøtekommende. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

det få konsekvenser for vår egen helse. Vi kan lett risikere å bli sekundærtraumatisert gjennom den negative påvirkningen vi får av å jobbe med denne typen brukere over tid (Isdal 2011). Vi har selv sett og opplevd personale som har jobbet lenge i psykiatrien miste sin følsomhet overfor sine pasienter. De blir nærmest apatiske, og evner ikke lenger å være empatiske og åpne for pasientene sine. Det virker som de gjør jobben sin, men uten engasjement. Hvordan kan vi unngå å havne i en karusell av involveringsutmattelse i vår arbeidshverdag?

Vi kan se flere faktorer av betydning for vår evne til å stå i disse relasjonene over tid. En viktig faktor er kunnskap. Gjennom teoretisk kunnskap vil vi kunne tilegne oss en økt forståelse for hva som ligger til grunn for ulike personlighetstyper og hvordan disse uttrykker seg. Vi kan lære om ulike forklaringsmodeller for atferd, som gjør oss i stand til å reflektere bredere og forstå mer. Gjennom denne kunnskapen kan man klare å se pasientene med et klinisk blikk i stedet for å betrakte dem som en personlig relasjonell utfordring. Vi opplever selv ved at vi stadig tilegner oss større kunnskap, øker vår evne til å stå i vanskelige situasjoner. Våre forklaringsmodeller endrer seg fra å være personlig preget til å bli faglig begrunnet.

En annen viktig faktor er arbeidsmiljøet vi jobber i. Ved å ha et åpent og tillitsfullt arbeidsmiljø kan vi dele våre frustrasjoner med andre som kjenner til de belastninger vi utsettes for. Et godt arbeidsmiljø preges i denne betydning av at man kan være ærlige om våre egne følelser, at man kan få støtte og bistand fra kollegaer når man kjenner seg maktesløse eller slitne. Det er ikke sjelden vi opplever å finne ny motivasjon og se nye løsninger gjennom å reflektere sammen med andre, og vi kan sammen bidra til at vi igjen kjenner at vi mestrer situasjonen. Arbeidsmiljøet er også et resultat av en god ledelse på arbeidstedet. En ledelse som ser sine ansatte, og som motiverer og sørger for mulig-

het til faglig utvikling. En slik utvikling kan i stor grad handle om mulighet for utdanning og kursing.

En tredje faktor som har betydning for evnen vi har til å stå i vanskelige arbeidssituasjoner er fritiden vår. Dersom man har et liv utenfor arbeidet som er fylt med gode relasjoner og givende aktiviteter, er man bedre rustet til å stå i et krevende arbeid på jobb. Dersom man opplever at jobben sliter en ut, slik at en ikke makter å opprettholde et aktivt liv utenfor jobb, står man i stor fare for å brennes ut. Det krever ofte tid og trening å klare å legge bort jobben når man går hjem. Vi tror de fleste som jobber i nære relasjoner til andre mennesker fra tid til annen opplever å gå hjem fra jobb uten å klare å kople ut dagens opplevelser. Søvnløse netter der en gjenopplever truende situasjoner, eller kanskje hamrende hjerte etter så vidt å ha klart å redde livet til en pasient som har skadet seg selv. Dersom en har mulighet til å skape nye, positive opplevelser i fritiden, som gir en pause fra tankene om jobb, får kroppen tid til å bygge opp energilagrene til en ny arbeidsdag.

Det er altså viktig å besitte kunnskap, ha et godt og stimulerende arbeidsmiljø med gode kollegaer og en motiverende ledelse, og ikke minst å opprettholde et givende og godt privatliv for å unngå at «lyset brenner i begge ender».

#### Avmakten avtar

For å kunne være en god hjelper er det flere ting som må være på plass.

I møte med mennesker som utfordrer vår egen empati må vi ha et avklart forhold til oss selv, tilrettelagt arbeidsplass med veiledning og refleksjon. Vi jobber med mennesker som har behov for omsorg, og det er vår oppgave å hjelpe dem, uansett hvem de er eller hvilken historie de bærer på. For å være en god hjelper må man holde sine egne emosjonelle reaksjoner på avstand. For å kunne yte god omsorg er det viktig at man har reflektert over sine egne holdninger og verdier i livet, og er åpen og reflektert i

#### ■ Sykepleiens grunnlag

- Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte
- menneskets liv og iboende verdighet
- Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for
- menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert

forhold til oss selv og vår forforståelse.

Vi møter sterke inntrykk og det mestrer man på en annen måte dersom en selv er sliten eller uten overskudd. Med god fagforståelse, evne til selvrefleksjon, godt arbeidsmiljø og en meningsfull hverdag vil vi kunne møte vår egen avmakt på en mer konstruktiv og mindre belastende måte. ■

*Artikkelen er en fordypningsoppgave i studiet «Vold i nære relasjoner og aggresjonsproblematikk» 2011–2012.*

#### Kilder:

- A.L. Kirkengen, «Hvordan krenkede barn blir syke voksne», Universitetsforlaget, 2. utgave 2011
- A. Vesterdal, Sykepleie – teori og metode I, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1996
- E. Lundestad og O.G. Lillevik, «Overtar voldsutsatte kvinners smerte», Sykepleien 14, 2011
- G.M. Skau, «Gode fagfolk vokser», Cappelen Akademiske Forlag, 3. utgave 2005
- H. Eide og T. Eide, «Kommunikasjon i relasjoner», Gyldendal, 6. opplag 2000
- K. Austgard, «Omsorgsfilosofi i praksis», Cappelen Akademiske Forlag, 2002
- L. Torgaard, «Relationsbehandling i psykiatrien III» Hertervig Forlag 2007
- P. Isdal, «Meningen med volden», Kommuneforlaget, 2. opplag 2002
- R. D. Hare, «Uten samvittighet», Ad Infinitum, 2003
- S. Bjørkly, «Aggresjonens psykologi – psykologiske perspektiver på psykologi», Universitetsforlaget 2001
- S. Bjørkly, «Aggresjon og vold – teori, analyse og terapi» Cappelen Akademiske Forlag 1997
- S. Torgersen, «Personlighet og personlighetsforstyrrelser», Universitetsforlaget AS, 1995
- T.D. Bøe og A. Thomassen, «Mot en mer menneskelig psykiatri», Universitetsforlaget AS, 2003
- <http://tidsskriftet.no/article/1454984>
- <http://www.kursagenten.no/artikkel/1877/Utbrent-hetsymptomer-arsaker-og-behandling-2089.aspx>

# **VELKOMMEN TIL FAGDAG**

## **LAVTERSKELTILBUD MED SEKK PÅ RYGGEN**

### **SYKEPLEIE I RUSFELTET**

**JAN ERIK SKJØLÅS**  
**PSYKIATRISK SYKEPLEIER**

**5. DES KL. 8:30-15:30**  
**FESTSALEN**

**ÅSGÅRD**



NSFs faggruppe for sykepleiere  
innen psykiisk helse og rus



**SKAL FÅ HJELP:** Personer med rusproblemer skal i større grad møtes med helsehjelp i stedet for tradisjonell straff, ifølge regjeringens nylanserte stortingsmelding for en helhetlig rusmiddelpolitikk. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

# Rusmelding med fem hovedsatsinger

Forebygging og tidlig innsats er en av fem hovedsatsinger i regjeringens stortingsmelding for en helhetlig rusmiddelpolitikk.

NAPHA/Tekst **Roald Lund Fleiner**, kommunikasjonsrådgiver Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA

**S**tortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk» ble lansert av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen fredag 22. juni.

– Meldingen tar innover seg at rusfeltet er komplisert. Man leter ikke lenger etter bare den ene grunnen, som at faren til personen ruset seg eller at vedkommende ble slått som barn, men ser at det bak en persons rusmisbruk ofte ligger veldig sammensatte årsaksforklaringer, sier NAPHA-rådgiver Peter Dahle.

## Fem hovedsatsinger

Regjeringen vektlegger i meldingen særlig fem områder:

- Forebygging og tidlig innsats.
- Innsats for pårørende og mot passiv drikking.
- Hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall.
- Samhandling – tjenester som jobber sammen.
- Økt kompetanse og bedre kvalitet.

## Fokus på pårørende

– Rusmiddelbruk er ikke bare skadelig for den som ruser seg, men går i stor grad utover andre. Vi kaller det for «passiv drikking», og vi vil ha et betydelig fokus på tiltak som ivaretar pårørende og tredjepart, sa tidligere helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i en pressemelding i juni.

## Forebygging hos barn

Blant annet vil regjeringen bygge videre på gode erfaringer med tiltak som Familieforebyggende team i Vestre Viken HF og Nord-Trøndelag HF, og opprette lignende tiltak i andre deler av landet. Kunnskapen om forebygging av rusmiddelskader hos barn skal styrkes, skriver departementet.

## 600 mill til rus og psykisk helse

For å øke kompetansen om rus, avhengighet og psykisk helse i alle sektorer benyttes omlag 618 millioner kroner til tiltak og innsatsområder innen Kvalitetsløftet rus og psykisk helse i 2012.

## Helsehjelp - ikke straff

En egen strategi mot overdoser skal bidra til å redusere overdosedødsfall.

Det slås også fast i meldingen at personer med rusproblemer i større grad skal møtes med helsehjelp i stedet for tradisjonell straff.

## Ikke heroin i behandling

Fem av ni medlemmer i Stoltenbergutvalget har tidligere forelått et tidsbegrenset forsøksprosjekt med heroin i behandling av narkotikaavhengige. Heroin som substitusjonsmedisin i behandlingen av tungt belastede opioidavhengige er tatt i bruk i Belgia, Danmark, Nederland, Spania, Storbritannia, Sveits og Tyskland.

Regjeringen sier foreløpig nei til heroin i behandling.

– Kunnskapsgrunlaget er for svakt, og vi vil derfor ikke innføre en prøveordning med slik behandling nå. Men vi vil følge utviklingen internasjonalt nøye, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. ■



Av Ole Martin Larsen,  
redaktør gatemagasinet Ekko

# Norge kan ikke reformere – skylder på FN

Stortingsmeldingen om rus skylder på FN for å begrunne at den norske narkotikapolitikken ikke kan endres. Dette er et forsøk på å skjule politisk feighet og handlingslammelse bak en bekvem løgn.

**M**ange land har gjennomført reformer på området, uten at noen av dem har blitt ekskludert fra FN av den grunn. Til gjengjeld har de oppnådd drastisk nedgang i overdoser, mindre uforsiktig omgang med narkotika og høyere livskvalitet blant stoffbrukere.

«Det norske forbudet mot innførsel, tilvirkning, oppbevaring, omsetning og bruk av narkotika hviler på tre FN-konvensjoner som Norge har ratifisert. Premissene for norsk politikk legges dermed i stor grad utenfor Norges grenser,» heter det i rusmeldingen. Likevel må rusmeldingen medgi at en rekke land har valgt å avkriminalisere. «Historiske og kulturelle forhold kan være grunner til at ulike land velger ulike løsninger,» lyder det.

## Eksotisk

Altså: Norge verken kan eller vil endre politikk – enn si lære av andre land. Når andre land har valgt å reformere, har de trolig lokale, eksotiske grunner for dette. At evidensbaserte (vitenskapelig dokumenterte) metoder i rusomsorgen kan ligge til grunn for reformer, synes å være en fjern tanke for rusmeldingens anonymiserte forfattere: «Regjeringen ser det ikke tilstrekkelig godtgjort at avkriminalisering og/eller legalisering

vil redusere narkotikaproblemene. For det første er Norge forpliktet av internasjonale konvensjoner. Ved å legalisere narkotika vil vi sette oss utenfor dette samarbeidet. Omkostningene ved dette er for store. Det er sannsynlig at legalisering ville gjøre narkotika enda mer tilgjengelig og sosialt akseptert».

Her foretar forfatterne en logisk saltomortale, ved på to linjer å «glemme» at reformene i en rekke land bygger på avkriminalisering av brukerdoser, ikke legalisering av narkotika. Forfatterne holder seg konsekvent til de antatte farene ved legalisering, ikke erfaringene med avkriminalisering. Heretter avviser man – med lettvinne, retoriske grep – dem som krever reformer. Samtidig tar man lett på det faktum at de norske brukermiljøene har rikelig tilgang på supergiftige, til dels lovlige, kjemiske erstatninger for organisk baserte narkotiske stoffer: PMMA, GHB (der bremsevæske er en viktig ingrediens), metamfetamin, syntetisk cannabis osv. i stedet for cannabis, kokain og opium/morfin/heroin.

## Mennesket bak

«Se meg!» er tittelen på rusmeldingen. Da skulle man tro at den ville gjøre et stort poeng av å se mennesket bak rusproblemet, og ikke bare rusproblemet.

Men ved å fortsette den nåværende politikken, ignorerer man de ofte tragiske skjebnene som ligger bak, når mennesker blir rusavhengige. «Du skal bare se å bli rusfri og normal!», lyder – mellom linjene – rusmeldingens arrogante tilbakemelding på sin egen tittel.

Byråkratene, tydelig påvirket av norsk moralisme og avholdstankegang, har vridd sine hjerner for å kamuflere at de ikke tør tenke utenfor boksen. Samtidig jobber mange praktiskere rundt i landet nettopp med «Se meg!», å hjelpe og støtte menneskene bak rusproblemer. For å sitere Siv Johansen og Even Bernhardsen fra Fauske fra et tidligere intervju i gatemagasinet Ekko. Hun er enhetsleder for helse i kommunen, han er sosionom og jobber på Postveien der mange rusavhengige får hjelp til å holde ut og komme seg videre i livet.

– Jeg tror de færreste forstår hva vi jobber med. Mange tror at vi bare kan rydde opp med tvang og liknende. Det er mye naivitet om hva vi har lov til. I virkeligheten handler det om et kjempespekter av mangfold og kompleksitet, sier Siv Johansen.

Even Bernhardsen mener det er bortkastet å møte brukerne med moralske pekefinger over at de ruser seg eller hva de ruser seg på.



– Det har de opplevd rikelig av allerede. Man kan bli ganske ydmyk av å høre om all motgangen og traumene de sliter med. Mange besitter samtidig en fascinerende livsvisdom og verdighet. Det gjelder å skape tillit. Da er det mulig å komme videre med å skape håp og en vei tilbake til samfunnet, sier han.

– Vi legger stor vekt på å synliggjøre og alminneliggjøre stoffbrukerne, både overfor politikere, medier og befolkning, sier Siv Johansen.

### Typisk norsk

Å synliggjøre og alminneliggjøre stoffbrukere...

Slike tanker var også bærende i rapporten fra Stoltenberg-utvalget i 2010. Rasmeldingen fra 2012 er et direkte mordforsøk på de fleste av de – i norsk sammenheng – nye og modige tankene hos Stoltenberg-utvalget. Dessverre er det mye som tyder på at vi ikke er kommet lenger.

«Det er typisk norsk å være god,» sa landsmoder Gro i sin tid. Det er typisk norsk å være blind, kunne en 2012-versjon av sitatet lyde. Som den legendariske, danske Frp-politikeren, nå avdøde Kresten Poulsgaard, i sin tid uttalte fra Folketingets talerstol på sin brede, nordjyske dialekt:

– Hvis det er fakta, så benægter a fakta!

Fakta er blant annet følgende: Et voksende antall land avkriminaliserer stoffbruk, og overfører det fra den juridiske til den sivile sfæren. Poenget er å møte selvdestruktivt stoffbruk med forebygging og tidlig hjelp, ikke forfølgelse og straff. Rasmeldingen åpner døra bitte litt på klem for slike perspektiver, men hele tida med rusfrihet som mål. Meldingen er blind for at noen ønsker å ruse seg, med legale eller illegale substanser, for å holde ut et vanskelig liv, og vil fortsette med det, uansett politikens høystemte mål.

I en rapport offentliggjort i juli, gjennomgår britiske Release erfaringene fra 21 av landene som har avkri-

**LITENYTT:** En viktig jobb for myndighetene bør være å sørge for at rusavhengige får et bedre liv, men Stortingsmeldingen om rus bringer lite håp om nye takter overfor en av de aller svakeste gruppene i samfunnet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

minalisert, og kaller det «en stille revolusjon» mot en mislykket narkotikapolitikk. Release er et ikke-statlig, nasjonalt ekspertorgan for narkotika og narkotikalovgivning. Rapporten kan finnes på <http://www.release.org.uk>.

Europeiske land i rapporten: Armenia, Belgia, Estland, Italia, Nederland, Polen, Portugal, Russland, Spania, Tsjekia, Tyskland. Sør-Amerika: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Mexico, Paraguay, Peru, Uruguay. Dessuten en rekke delstater i USA og Australia. De nevnte landene har til dels vidt forskjellige definisjoner på hva som er «små kvanta» av narkotika til eget bruk – og altså ikke gjenstand for strafforfølgelse – og vidt forskjellig tilgang på forebygging og behandling.

Rapporten nevner imidlertid ingen land i Afrika eller Asia. Flere asiatiske land har – med nøyaktig samme FN-begrunnelse som Norge – dødsstraff for besittelse av narkotika. Andre land sender brukere i arbeidsleir på ubestemt tid. Behandling er et ukjent begrep.

Sverige kjører en enda strengere nulltoleranselinje enn Norge. Den svenske avisen Expressen siterer i sommer en rapport fra HRI (Harm Reduction International), som har rådgivende status hos FNs sosiale og økonomiske råd. HRI forteller at FNs narkotikaorgan UNODC bruker millioner fra giverland, deriblant Sverige, til å utvide kapasiteten i arbeidsleirer for stoffbru-

kere i Vietnam, Laos og Kina. Expressen kritiserer på lederplass UNODC og den svenske regjeringen når de hevder å ha en human innstilling til brukernes situasjon og behandlingsbehov.

#### **Ingen katastrofe**

Rapporten fra Release konkluderer blant annet med følgende:

– Avkriminalisering er en bærekraftig politisk mulighet. Avkriminalisering har ikke vært den katastrofen mange har hevdet og fortsetter å hevde. Som påvist i denne rapporten, tenderer restriktive land til å ha høyt forbruk av narkotika og omvendt. Men diskusjonen slutter ikke her. Det må forskes mer på hvordan vi mest effektivt kan redusere skadelig stoffbruk og oppnå et rettferdig og helsepolitisk fornuftig resultat, heter det i rapporten.

Den norske rusmeldingen som kom nesten på dagen én måned før den britiske rapporten fra Release, synes å stamme fra en annen planet:

«Et formål med kriminalisering er det allmennpreventive... Straffbarheten gir også en inngangsport til bakmenn og den organiserte kriminaliteten knyttet til den illegale narkotikaomsetningen».

Det burde være unødvendig å nevne at det nesten utelukkende er brukere og småselgere – og en sjelden gang smuglere som blir strafforfulgt. De store fiskene sitter høyt hevet over slikt, med mange ledd mellom seg og brukerne på gata. Et

hjertesukk kom fra en rusavhengig Ekko-selger, om angivelig hensynsløst grådige og kyniske bakmenn i nærområdet:

– Bodø har Norges dyreste og dårligste narkotika. Bakmennene kjøper den billigste dritten de kan få tak i og selger dyrt til oss. De gir blaffen i at vi blir syke av djevlskapet de selger oss. Men vi blir straffet!

#### **Medienes rolle**

Så kan man lure på hvorfor norske medier ikke har grepet fatt i den åpenlyse bløffen som den narkotikapolitiske delen av rusmeldinga bygger på. OK, den kom i agurktida. Men likevel. Klassekampen brakte nylig en kronikk av professor Arne Johan Vetlesen om medienes slappe innsats i vitenskapelige spørsmål. I dette tilfellet klimakrisen, men poenget kan overføres direkte til narkotikapolitikken: Når journalister siterer vitenskapelige kilder, som er vanskelige å forstå, frykter de ofte å bli overkjørt av eksperter som har sin egen agenda. Derfor må de også sitere «moteksperter» i form av såkalte klimaskeptikere, for å gi inntrykk av balanse og dekke over egen mangel på kunnskap.

Så også i narkotikapolitikken. Derfor blir pressen lett talerstol for mørkemenn og –kvinner som mener narkotikabruk skyldes en moralsk brist som kan kureres med tukt og tvang, og enda mer av den samme politikken som vi i Norge har mislyktes så grundig med gjennom en generasjon. ■

#### **LAG EN NY RUSMELDING**

Stortingsmeldingen om rus bringer lite håp om nye takter overfor en av de aller svakeste gruppene i samfunnet. Man kunne ønske at flere politikere hadde mot til å gi slipp på den hyklerske og utdaterte tankegangen om at stoffbrukere er syndere som skal straffes. De som trenger medisiner for å holde ut et vanskelig liv, bør få det. De som er avhengige av stoffer, legale som illegale, bør tilbys hjelp, ikke straff. Hjelpen bør bygge på legefaglige vurderinger, ikke på politisk vedtatte definisjoner av hva som er bruk og misbruk av legale og illegale stoffer. Det nytter ikke å tvinge folk til å bli rusfri – behandling kan først bli effektiv når den rusavhengige selv ønsker behandling. Såkalt frivillig tvangsavrusning fører altfor ofte til overdosedød, når pasienten står på gata etter endt avrusning. Den norske overdosedestatistikken er en skamlett.

Skrot rusmeldingen. Sett i gang arbeidet med en ny rusmelding, ikke om ti nye år med feilslått politikk, men nå. Den skal hete: «Alle fortjener livskvalitet – også rusavhengige og andre fattige».

En dødfødt tanke i det moralistiske Norge?

Tekst **Ole Martin Larsen**

# Fikk stipend – skriver bok

Da Anne Grete Orlien fikk 75 000 kroner i stipend i vår, rykket hun ett skritt nærmere målet om å gi ut en bok om hvordan det er å få en alvorlig diagnose.

Tekst Johan Alvik

**A**nne Grete Orlien (60) er psykiatrisk sykepleier. Hun jobber som daglig leder i Stovner bydel i Oslo. I mange år har hun båret på en drøm om å gi ut bok om hvordan det er å få en alvorlig diagnose og hvordan sykdom påvirker livskvaliteten. Det er ikke en selvbiografi, men en bok med pasienthistorier – fortalt av mennesker med psykisk uhelse.

– Det var en fantastisk anerkjennelse å få dette stipendet, sier Anne Grete Orlien.

Beskjeden om at hun hadde fått stipendet kom 1. mai, etter at hun hadde gått i tog sammen med andre medlemmer av Norsk Sykepleierforbund. Det var Kjell-Henrik Hendrichs som ringte.

## ■ Stipendets grunnlegger

**Maria Kristofa Lysnes** var sykepleier, rektor og lærebokforfatter. Hun døde i 2004, og etterlot seg en stiftelse som i dag forvalter en arv på rundt en og en halv million kroner. I år delte stiftelsen for første gang ut stipend. Stipendet har ifølge stiftelsen til hensikt å videreføre Lysnes sitt arbeid med å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og sykepleie innen det psykiske helsefeltet, i en aktuell og framtidsrettet form.

Han er medlem av stipendkomiteen til Marie Kristofa Lysnes stiftelse, som delte ut stipendet. Hendrichs fortalte Orlien at hun var blitt 75 000 kroner rikere.

– Jeg ble så lykkelig og måtte be han gjenta det. Ikke bare én, men flere ganger, sier Orlien.

Ifølge Kjell-Henrik Hendrichs skal stipendet sette mottakeren i stand til å gjennomføre et prosjekt det ellers ville vært vanskelig å få til. Anne Grete Orlien har jobbet med boken siden 2010. Pengene gjør at hun kan ta seg fri én dag annenhver uke uten lønn for å skrive, samt at hun kan dekke utgifter for medforfatterne.

– Vi er godt i gang, men det er en lang vei til mål. Selve skrivearbeidet har vi brukt flere år på allerede, men arbeidet som ligger i selve redigeringen og utformingen er kanskje det største arbeidet, og der har vi bare så vidt begynt, sier Orlien.

## Ikke alene

Orlien har møtt mange ressurssterke mennesker som psykiatrisk sykepleier. Mennesker som selv har følt hvordan det er å ha en diagnose og å være psykiatrisk pasient. En av dem er Gunn

Pound. Det var hun som fant på tittelen til boken «De så diagnosen, ikke meg». Pound forteller sin historie i boken.

Mange skal bidra med selvskrevne opplevelser, andre skal Orlien intervjue. En skriver om å bruke teater i behandlingen av mennesker med psykisk uhelse. En hobbyfotograf tar bilder. En sykepleierstudent bidrar med avsluttende refleksjoner til hvert kapittel.

Boken skal deles inn i 15 kapitler. Orlien forteller at de ulike kapitlene skal handle om fremmedgjøring, utstøtelse, skam, skyld, fortvilelse, isolasjon, død, men også om vilje, humor og tro på framtiden.

## Skrev når hun sørget

Anne Grete Orlien har selv opplevd kriser. Hun og ektemannen Bjarne Hjelt-nes hadde to sønner, nå har de ingen.

– Våre to sønner ble 18 og 27 år gamle. Kristian døde i 2005 av omfattende hodeskader etter at han ble utsatt for vold på byen i Oslo. Øyvind døde i 2010 av en sjelden form for kreft, sier hun.

– *Har din egen livserfaring påvirket valget om å skrive bok?*

– Ja, absolutt. Jeg tok mitt første skrivekurs rett etter at Kristian ble



**SKRIVER BOK:** Anne Grete Orlien skal bruke pengene til å gi ut bok sammen med folk som har opplevd hvordan det er å være psykisk syk. Foto: Ragnhild Krogvig Karlsen.

drept. Det andre etter at Øyvind døde. For meg har det vært viktig å bearbeide sorgen med noe som kan komme til uttrykk gjennom ord på papir, sier hun.

Hun forteller at tapet av sønnene har gitt arbeidet som sykepleier en enda dypere mening.

– Det at vi som foreldre skulle miste begge våre barn i løpet av fem år har forandret meg som fagperson. Veien videre gir mening når jeg kan bruke min egen erfaring til å forstå brukere jeg møter ved aktivitetssenteret der jeg arbeider, sier hun.

Orlien skriver om sønnene i boken.

#### **Gir innsikt**

Målgruppen for boken er alle som

arbeider med psykisk helse, men først og fremst studenter.

– Det er viktig å formidle disse historiene. Det kan hjelpe studenter og annet

## **«For meg har det vært viktig å bearbeide sorgen.»**

helsepersonell til å forstå hvordan det er å ha psykisk uhelse og å være i behandling.

Hun forteller at det er sterke historier som formidles.

Orlien håper at boken vil vekke debatt og at den vil føre til bedre forhold for psykisk syke.

– Hvis vi ønsker å forandre hverdagen for dem som sliter med psykiske

problemer må vi tørre å snakke om det som er vondt og vanskelig. Det er behov for nytenkning der fagfolk, brukere, pasienter og pårørende går nye veier og

sammen bygger rettferd for dem som opplever uverdige forhold. I lang tid har psykiske lidelser vært sett ned på som mindreverdig og noe vi helst ikke skal snakke høyt om.

– Når kommer boken ut?

Det vet jeg ikke. Foreløpig har jeg ikke kontaktet noen forlag, så det blir neste prosjekt. ■

# Ny rådgivningstelefon for pårørende

PIO-senterets rådgivningstelefon for pårørende åpnet i februar i år. Stadig flere ringer for å få råd og støtte.

Tekst Lise S. Samuelsen, rådgiver LPP Oslo/PIO ressursenter for psykisk helse



Illustrasjonsfoto: Colourbox

LPP, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, retter seg mot alle som står nær en person med psykisk helsevikt. PIO-senteret, som er drevet av LPPs lokallag i Oslo, ønsker å være en ressurs innen psykisk helsefeltet og tilbyr pårørende og ansatte sin kompetanse gjennom kurs, temakvelder, samtalegrupper og ikke minst rådgivning. LPP/PIO-senteret åpnet i februar 2012 en landsdekkende pårørendetelefon.

## Erfarne rådgivere

Rådgiverne på telefonen har ulik utdanning, både helse- og sosialfaglig, men også innen statsvitenskap og informasjon. Noen har arbeidserfaring fra psykisk helse feltet og noen er pårørende selv. Alle har lang erfaring i arbeid med pårørende. Henvendelsene øker stadig og rådgiverne lytter til mange rystende historier. I rådgivningen legges det vekt på å danne en god relasjon med innringeren og gi støtte og anerkjennelse til den jobben de gjør som pårørende. Rådgivningen blir knyttet til den enkeltes situasjon og forholdet til behandlings- og tjenesteapparatet.

## Berom råd

Det rådgiverne oftest hører, er dilemmaet pårørende står i når den de er pårørende til har hatt et stort funksjonsfall og ikke ønsker å motta hjelp. Det kan være stort språk mellom det pårørende tenker at den

andre trenger og det personen selv mener. Det kan være ulike årsaker til at den som sliter ikke ønsker hjelp. Det kan være at personen har hatt dårlig erfaring med helsevesenet tidligere, tror ikke at noen kan hjelpe eller personen kan ønske å være i sin tilstand. Pårørende ønsker konkrete råd om hva de kan gjøre for å nå inn til helsevesenet for å få hjelp til den de tenker er psykisk syk.

## Pårørendes rettigheter

Altfor ofte forteller pårørende at de ikke blir innkalt til samtaler når den de er pårørende til er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Pårørendes kunnskap om pasienten er unik og burde være av stor interesse for helsepersonellet i den videre behandlingen. Generell informasjon kan gis pårørende om psykiske lidelser, årsaksforhold, symptomer,

**«De trenger anerkjennelse, påfyll og støtte.»**

generell prognose og behandling. Dette vurderes ikke som konfidensielt og kan gis hvis ikke samtykke foreligger. Spesialisthelsetjenesten er ofte ikke klar over at den som fatter vedtak plikter å sørge for at pårørende og pasient får

nødvendig informasjon om sine rettigheter. (Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevernlov m.m. kap. 1, § 6 Veiledningsplikt). I rådgivningen opplyser vi om pårørendes rettigheter.

Manglende informasjon til pårørende om utskrivelse til tross for enighet rundt dette, skjer ofte. Pårørende er den som er der når personen blir utskrevet og når tilbudet fra kommunen er mangelfullt.

## Fårstøtte

Kommunen skal tilby koordinator, individuell plan, støttekontakt og være behjelpelig med bolig i følge lovverket. Kommunen skal tilby avlastning. Mange kommuner unndrar seg pliktene og mange pårørende har ikke hørt om disse tilbudene. Mange pårørende er blitt syke selv av å ha vært i denne rollen lenge. Pårørende må bli tatt på alvor og ikke bli glemt. Mange har mistet nettverket sitt. De trenger anerkjennelse, påfyll og støtte på at det er lov å ta avstand i perioder. Pårørende trenger å bli tatt på alvor og bli verdsatt slik at de orker å stå i rollen fremover. Mange kan fortelle at ingen har spurt hvordan vedkommende har det og kan bli svært berørt når rådgiveren spør om dette.

PIO-senterets rådgivere ønsker å være gode veiledere for pårørende og hver telefon oppleves som unik og meningsfull. ■

## Faggruppen har endret navn

Etter høring hos lokalgruppene og blant medlemmene innkom det flere forslag til nytt navn på faggruppen. På generalforsamlingen i Kristiansand ble det vedtatt at faggruppen skifter navn til: NSF's Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Med dette navneskifte symboliserer vi en utvikling hvor det har tilkommet flere utdanningsretninger innen vårt fag og at vi ønsker alle disse velkomne

i faggruppen. Samt en ny tid med større fokus på sammensatte lidelser innen rus og psykisk helse. Mer om bakgrunnen for navneskifte kan leses i sakspapirene til generalforsamlingen som finnes på nettsiden til faggruppen. Etter intens kreativ jobbing ble det endelig vedtatt ny logo og nytt akronym for faggruppen. SPoR er akronymet som står for Sykepleiere innen Psykisk helse og Rus.



## Endring av medlemskontingent

Det ble vedtatt å øke medlemskontingenten til kr. 450 per år fra 2013.

## Utvidelse av frikjøp for leder av faggruppen

Det ble på generalforsamlingen i Kristiansand vedtatt at frikjøp av leder utvides til 50 prosent fra 1.1.2013. Fullstendig bakgrunn for dette vedtaket kan leses i sakspapirene til generalforsamlingen, men handler i hovedtrekk om at fagfeltet er stort og det skjer mye på mange arenaer relatert til faget. Psykisk helse og rus er et stort fagfelt og som landsstyre opplever vi at vi blir involvert i mye som er relatert til fagområdet. Dette kan være representasjon i ulike utvalg og råd, høringsarbeid, samarbeid med ulike organisasjoner i inn- og utland osv. Derfor utvides frikjøp til 50 prosent.



## Nytt landsstyre

Sammensetningen av landsstyret er endret etter valget i Kristiansand. Her er de nye medlemmene; fra venstre på bildet Kurt Lyngved (leder), Kjersti Øvernes (redaktør for fagbladet), Olav Bremnes (sekretær), Bjarte Sælevik (kasserer), Torfrid Johansen (medlemsansvarlig), Unn Elisabeth Hammervold (webansvarlig) og Espen Gade Rolland (nestleder).

Det rettes stor takk til avtroppende Charlotte Walter, Bodil Bakkan Nielsen og Morten Leivseth for innsatsen de har lagt ned for landsstyret.

Av Jarle Brændland, styremedlem  
i lokalgruppen i Oslo

# Første gang på landskonferanse

Jeg meldte meg på landskonferansen i Kristiansand for å bli kjent med faggruppen etter at jeg ble styremedlem i lokalgruppen i Oslo. Det ble lærerike og inspirerende dager.

**P**å landskonferansen ville jeg finne mer ut om hva faggruppen står for. Hvilke verdier den forsøker å formidle. Jeg hadde aldri vært på en generalforsamling. Min interesse for hvordan den skulle utvikles etter å ha lest igjennom alle sakspapirene var stor. Tittelen «tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet» forplikter. Men hvor går faggruppen i 2012? Jeg fant noen svar. Dette er mine opplevelser, tanker og erfaringer fra det å være på konferanse.

## Sent, men godt

Det er mandag 7. mai i år. Jeg har nettopp ramlet ned den bakre flytrappa på et Norwegian fly. Jeg er på Kristiansand hovedflyplass, Kjevik. Kl. er 11.15. Jeg visste at jeg på forhånd ville komme for seint, men så seint? En nettbuss står klar til å ta seg inn til sentrum. Det går veldig sakte og humøret synker. Det eneste gledelige ved bussturen, var at jeg slapp å betale.

Endelig kommer jeg fram til lunsj og jeg hadde gått glipp av åpningen, double trouble og skitpraten. Men jeg rakk lunsjen og Pelle var der, det eneste fjeset jeg kjente igjen. Etter god mat og drikke var det Marie Lysnes sitt stipend som

skulle deles ut, hun som hadde bygget opp den psykiatriske sykepleierutdannelsen og som hadde mottatt Florence Nightingale medaljen. Anne Grete Orlien mottok dette stipendet. Hun skal bringe fram brukernes erfaringer i bokform.

Professor Brendan George McCormack fortalte om sine erfaringer fra sykepleie som er personlig og individuelt tilpasset. En omsorg som har brukerens behov i fokus. Det er viktig å utvikle flere former for fellesskap som har betydning for helsen til eldre mennesker. Ikke bare et terapeutisk fellesskap, men fellesskap som omfatter hele livet, basert på en holistisk tankegang. Menneskets trivsel er hans fokus. For å oppleve et blomstrende liv er det viktig at disse fire elementene er virksomme. Livet skal være utfordrende, du er koplet til, er autonom og din kompetanse blir verdsatt. En moralsk utfordring tenker jeg og kjærligheten må være virksom iblant oss.

## Parallele foredrag

De parallelle foredragene kommer, og jeg var først på Randi Slettebøe sitt foredrag. Hun er en klinisk spesialist som er opptatt av å forske på om relasjonen

mellom miljøterapeuter og pasienter bedrer behandlingsmiljøet. Hvilke faktorer er det som bedrer et arbeidsmiljø og gir et bedre behandlingsmiljø?

Det andre foredraget jeg var på, var ved Toril Beate Masvie. Hun presenterte sine funn i en masteroppgave som hun hadde skrevet. Hun har kalt oppgaven «Lite og godt eller trangt og smått». Den omhandler helsearbeiderens erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland. Det å møte pasienten på fritiden var utfordrende for sykepleierne. Dette gjaldt bygdefester og på andre sosiale arenaer. Det å være alene og bære på et tungt ansvar var utfordrende. Manglende veiledning var også et problem. Det å gå alene med alle historiene om brukerne, uten å ha noen mulighet til å dele dem med andre, var ikke like lett. Men det var et godt samarbeid med kommunelegen.

## Kulturell opplevelse

Mottakelsen i Kilden var helt utmerket, det var en gastronomisk og kulturell opplevelse. Det nye teater og konserthuset var meget vakkert, og ordfører Arvid Grundekjøn holdt en god tale og Baz Odink spilte en helt nydelig piano-konsert for oss. Jeg takker også George,





**FORKLARTE:** Sykepleier Kari Henriksen snakket om hvilke muligheter og utfordringer som samhandlingsreformen gir. Foto: Bodil B. Nielsen.



**DYKTIG:** Ådne Huseby Sandnes underholdt. Foto: Bodil B. Nielsen.



**KONSERT:** Baz Odink spilte en nydelig pianokonsert i Kilden. Foto: Bodil B. Bakkan.



**PERSONLIG:** Susanne Adserballe fortalte om hvordan det var å miste en sønn. Foto: Bodil B. Nielsen.

Svanhild og Berit for hyggelig samvær og gode dialoger i møte med kanapéer og god drikke.

Det var deilig med en natts søvn etter at jeg hadde trent på Hotelllets utmerkede spa og treningsavdeling. Jeg våknet neste morgen til nok en treningsøkt. Frokosten var deilig. LPS konferansen startet så med herlig sang og spill. 100-årsjubileet ble markert.

En stortingsrepresentant og sykepleier Kari Henriksen talte om samhandlingsreformen. Hun pekte på at folkehelseetnkningen og samhandlingsreformen henger nøye sammen. Samhandlingsreformen gir sykepleiere muligheter for nye arbeidsformer, nye roller og økt kreativitet. Men vi vil også oppleve større vekst i de gruppene som psykiatriske sykepleiere tradisjonelt

betjener innenfor ruslidelser og psykiske lidelser. Konsekvensene får vi vel snart erfare? Hun er også opptatt av at mennesker med psykiske lidelser

## «Mottakelsen i Kilden var helt utmerket.»

er de som i bruken av moderne teknologi er minst prioritert? Her gjelder vel Matteus-effekten?

### Skandinavisk studie

Etterpå kom foredraget som hadde samme tittel som landskonferansen. Inger Beate Larsen talte om den studien som hadde tatt utgangspunkt i

12 selvbiografier fra Sverige, Norge og Danmark. De er skrevet i tidsrommet 1918 til 2008 av mennesker som av seg selv eller andre har blitt betegnet som psykisk lidende. Studien analyserer hvilke erfaringer forfattere har med offentlige helsetjenester, og diskuterer funnene relatert til godt psykisk helsearbeid. Funnene viser store likhetstrekk på tvers av tid og geografiske forhold når det gjelder hjelpen som ble tilbudt. Inger Beate forteller at hjelperne som personer, og de materielle forholdene rundt hjelpesituasjonene, hadde stor betydning. Hjelperne som var personlige, ble beskrevet som gode hjelpere, og de materielle omgivelsene som var hjemlige, bidro med respekt. Det reises derimot kritikk av medisinerer mot psykiske lidelser. Funnene indikerer at

for å få til et godt, psykisk helsearbeid bør hjelperne ha fokus på relasjoner samt integrere kunnskaper om omgivelsens betydning. Det kom også fram et spørsmål om medisinerings skal inngå i betegnelsen «godt psykisk helsearbeid».

Forfatter Adserballe fortalte om boken sin. Hun fortalte også en sterk historie om hvordan det var å miste sinn sønn på 16 år i en bilulykke. Hun forkynner sine tanker om kjærligheten og tilkjennegir sin vei til det som er størst av alt. På veien fant hun en meksikansk guru som viste vei. Vi må alle

## «Det var uhyre interessant.»

gå kjærlighetens vei og finne en balanse i livet. Du må selv oppdage det gode liv. Det er frykten som styrer deg. Men det er ordene som skaper, bruk dem riktig, si de rette ordene. Når du dømmer og bebreider, går du imot deg selv. Det er viktig å være ren i ord.

Lunsjen denne gang var god og i samtale med Heidi Beate fikk jeg svar på mange av min spørsmål.

### Solo eller lagspill?

Etter lunsj talte Trond Aarre om «Samhandling – sololøp eller lagspill». Hva er målet for det psykiske helsevern? Det er å løse de problemer som vi selv har skapt. Han var opptatt av den glade gråsonen. Hva er pasientenes ønske?

- bedre somatisk helse
- mer aktivitet (helst betalt arbeid)
- flere venner
- en kjæreste
- bedre seksuell liv
- færre psykiatriske symptomer

Så var det parallelle sesjoner. Jeg valgte fritid med bistand. Det var uhyre interessant. Anders Midtsundstad foredro engasjert om dette temaet. Det er vanskelig å få tak i støttekontakt, men med bakgrunn i den nye Helse og omsorgsloven, er det mulig å gjøre dette arbeidet på flere måter. Individuell støt-

tekontakt, deltakelse i aktivitetsgruppe eller samarbeid med en frivillig organisasjon. Han viste også til nettstedet fritid for alle. En kunnskapsbank for de som arbeider med å tilrettelegge fritiden for brukerne.

Det ble ringt inn for generalforsamling. Nytt styre ble valgt og vi skiftet navn. Etter lang tid har jeg nå forstått at vi heter, vent litt jeg må bare se etter... Vi er en faggruppe for sykepleiere innenfor psykisk helse og rus. Neste års landskonferanse blir i Trøndelag. Heia Namsos.

Kl. 20 ble det fest. Jeg vil takke arrangementskomiteen for utrolig artig fest om kvelden. Jeg fikk spist meg mett, fikk forklart den lokale humoren og jeg fikk meg en god latter. Det ble en god natt søvn før neste økt den 9. mai.

### Historier om endring

Neste dag, ble det mange sterke historier om endring. Det var temaer som:

Selvskading- et språk: Karianne Marlene og Kirsten forteller om et fruktbart samarbeid mellom terapeut og pasient. De gode hjelperne må tåle hennes smerte. De som setter seg ned sammen med henne må tørre å møte hennes følelser. Åpenhet og ærlighet er viktig i relasjonen.

Ingen er bare det du ser: Inger Marie Myklebust ga et spesielt inntrykk. Den tidligere ordføreren og nå leder av Frelsesarmeens Gatehospital i Oslo. Hun mener det er viktig å komponere to ting som sykepleier. Det er tung faglig kompetanse og de verdene du tror på. Ditt menneskesyn er viktig og det viser seg i hvordan du forvalter den makt du har som hjelper. Du må ut av dine trygge rammer for å hjelpe den andre som har samme verdi som deg.

Ansvarsgruppen: Dagfinn Harr kjemper sin kamp for de narkomane og spesielt de tunge heroinmisbrukere. Det som er viktig i en ansvarsgruppe, er at det er gøy. Man må lære seg å skille pasient og problemet til pasient skal være i sentrum. Det ble igjen at

det viktigste i terapien var relasjonen mellom behandler og pasient. Tydelig struktur, respekt, verdighet, nærhet, nettverk, ikke for stor gruppe.

En historie om samarbeid som kan gi håp til de håpløse: Cecilie har hatt svært langvarige, alvorlige og kompliserte psykiske lidelser som livstruende anoreksi, alvorlige personlighetsforstyrrelser, en rekke angstlidelser, tilbakevendende depresjoner, massiv selvskadings- og selvmordsproblematikk. Nå er hun sunn og frisk. Cecilie deler av sine erfaringer for å formidle at det er grunn til håp for alle. Hva hjalp best for at hun skulle få det bedre? Det var i møte med Andreas det skjedde noe. Andreas var opptatt av hva slags grunnleggende behov menneske har. TAKA gir en ny forståelse av det. Trygghet, affektbevissthet, kjærlighet og anerkjennelse er behov som må dekkes. Vendepunktet i behandlingen til Cecilie kom da Andreas anerkjente hennes behov.

Erfarings basert kunnskap som pasienten på psykiatrisk akutt post: Dette var den sterkeste historien om den psykiatriske sykepleieren som ble lagt inn på en akutt post. Det var gripende hvordan han beskrev opplevelsen av sin egen psykose og behandlingen av denne. Her var det mye å lære. Men han traff også en terapeut som han kunne prate med. Hans tanker om bruk av skjerming og medisiner er en sterk grunn for ettertanke.

Dette var noen glimt fra et tettpakket program fullt av erfaring og kunnskap. Jeg har lært mye, og mange av temaene har gitt inspirasjon til arbeidet videre på relasjonen til pasienten. Behandlingsfellesskapet er noe som må utforskes og utvikles. Av Berit fra Gyldendal kjøpte jeg en bok om «brukeren som veileder». Den har gitt meg mange utfordringer, spesielt når det gjelder mitt menneskesyn. I møte med brukerens behov, tvinges jeg til å analysere mine motiv og tanker før jeg handler. ■

# Vi hjelper Island

Faggruppen vår har samlet inn 30 000 kroner til psykiatriske sykepleiere på Island. Pengene skal komme både voksne og barn til gode.

Av **Bodil Bakkan Nielsen**, master i psykisk helsearbeid/ klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

Island ble som vi alle vet rammet av økonomisk krise i oktober 2008. I november 2009 besøkte landstyret i LPS sagaøya og det islandske styret for psykiatriske sykepleiere.

Besøket resulterte i en spontan innsamlingsaksjon i samarbeid med de islandske psykiatriske sykepleierne. Pengene skulle gå til et behandlingstilbud gitt av psykiatriske sykepleiere til familier som var rammet av krisen.

Landstyret ga et større beløp i tillegg til innsamling fra medlemmer og andre som ønsket å støtte aksjonen som resulterte i at 30 000 kroner ble overrakt Fjölskyldumiðstöðin.

## Stort behov

Overrekkelsen skjedde 20. april 2012 i lokalene til Røde kors tjenesten. Tilstede var de to psykiatriske sykepleierne Salbjörg Bjarnadóttir og Augusta Johannsdóttir som satt i verk prosjektet sammen med leder for tjenesten og leder for Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere på Island.

De fortalte at det var et veldig stort



**GIRPENGER:** Bodil Bakkan Nielsen (t.v.) overrekker gaven til Ragnheidur Sigurjonsdóttir på Island. Bak Bodil står psykolog Elfa Dögg Leifsdóttir. I midten sykepleier Salbjörg Bjarnadóttir, Helga Sif Friðjónsdóttir og til høyre Augusta Johannsdóttir. Foto: Privat.

behov for dette tilbudet og at det var nå den økonomiske situasjonen var mest presserende. De har merket at problemene hadde økt de siste tre åra, særlig på grunn av de økonomiske problemene. Ungdommer ble hardest rammet av dette ved at de droppet ut av skolen fordi foreldrene ikke hadde råd til kostnadene av skole- og opplæringspenger.

Augusta og Solbjörg samarbeider med lærere for å finne forskjellige løsninger. De har seks foreldregruppemøter og seks gruppesamlinger med ungdommene. De

har en oppfølging etter to måneder hvor de møter ungdommen og deres familie i deres hjem. Noen

ganger møter de familien enda flere ganger dersom de finner det nødvendig.

## Kvinnegruppe

Tidligere jobbet Augusta og Solbjörg også med ei kvinnegruppe som de måtte avslutte på grunn av økonomi, men den vil de nå starte opp igjen. De vil da jobbe med å bedre kommunikasjonen mellom skilte par i deres oppdragelse og samarbeid om barna. De økonomiske problemene forverrer situasjonen for både de voksne og barna.

Men de har sett at hjelpen de gir har gitt positiv effekt hvor familiene har fått nye perspektiver og løsninger for sin situasjon.

SPoR gleder seg til å høre mer om dette viktige arbeidet på Nordisk kongress neste år i september. ■



# Landskonferansen 2013

Her er foreløpig program for konferansen:



## ONSDAG 5. JUNI

	Posters utstilling.
09.30	Omvisning med tapas på Rockheim kl. 1800.

## TORS DAG 6. JUNI

08.00	<b>Registrering</b>
09.45	Åpning ved Åge Aleksandersen, evt Inge Ryan.
10.00	Forebyggende arbeid til gravide med rus og/eller psykisk lidelse ved prosjektleder Tone Haugan og psykolog spesialist Karianne Framstad Holden .
10.45	Kaffepause med pausebuffet og utstillerbesøk
11.00	Erfaring med «droppout» for elever i den videregående skolen. Ved psykologspesialist Jo Magne Ingul
11.45	Pause
12.00	Traumer etter 22/7, forskning på langtidsvirkning hos berørte og pårørende ved Lars Wæiseth
12.45	Lunsj
14.00 – 15.45	Parallelelesjoner
14.00	A1 Tidlig intervensjon til ungdom med psykiske plager-prosjektet og psykiatrisk sykepleie ved Else Marie Juul
	A2 Grupper for barn av psykisk syke og/eller rusproblemer ved Jorunn Mari Børstad
	A3 Erfaring med kognitiv miljøterapi ved Elisabet Løvaas og Asbjørn Johansen
14.45	Pause med pausebuffet og utstillerbesøk
15.00	B1 Forebyggende arbeid i forhold til aggresjon og utagering ved Kjell Nynes og Torbjørn Moe
	B2 «Hvordan leve med psykisk sykdom i familien?» Samtale med en mor ved Ingun Haug og Jorunn Vollmo
	B3 Ett års erfaring med samhandlingsreformen ved Olav Bremnes
19.00	Festmiddag med ulike innslag, blant annet presentasjon av neste års arrangør.



**KONFERANSEBY:** Trondheim er vertskapsby for neste års landskonferanse. Foto: Colourbox.

NSFs faggruppe av sykepleiere innen psykisk helse og rus, SPoR, arrangerer landskonferanse i Trondheim 5. - 7. juni 2013. Konferansen har fått navnet «Levva livet - psykisk helse i livsløpsperspektiv».



#### FREDAG 7. JUNI

09.00 – 10.45	Parallelelesjoner
09.00	C1 Motiverende intervju ved Paula Sofie Haugan
	C2 Traumer som følge av seksuelle overgrep i barndommen ved Per Kristian Roghell
09.45	Pause med utstillersbesøk
10.00	D1 Arbeid og psykisk helse ved Stig Evensen
	D2 Pårørende gruppe for eldre ved Elin Vikan Røsæg
10.45	Kaffepause med pausebuffet og utstillersbesøk
11.15	Nasjonale føringer ift alderspsykiatri ved Kenneth Ledang
12.00	<b>Lunsj</b>
13.00	Musikalsk innslag ved Julie Vikestad Olsen
	Erfaring med kognitiv miljøterapi ved Elisabet Løvaas og Asbjørn Johansen
	Modell for håndtering av akutt krise og kronisk suicidalitet hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.
	Fra krisemaksimering til kriseminimalisering.
	Ny behandlingsmodell for personlighetsforstyrrelser ved Sara Germans.
	Pause med pausebuffet og utstillersbesøk
14.00	B1 Forebyggende arbeid i forhold til aggresjon og utagering ved Kjell Nynes og Torbjørn Moe
	Kaffepause med pausebuffet og utstillersbesøk
14.15	Holdninger overfor psykisk syke ved Per Kristian Roghjell
15.00	Avslutning med utdeling av posterprisen
15.15	Vel hjem!

Se også s. 4 i denne utgaven av *Psykisk helse og rus* for mer informasjon.

# Hjelper rusavhengige til å bli bedre foreldre

Foreldre som har psykiske problemer eller er avhengig av rusmidler, får hjelp av Familieambulatoriet. Målet er å gi barna en best mulig start i livet, skriver Tone Haugan.

Av Tone Haugan, prosjektleder Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag.

**F**amilieambulatoriet på Trøndersk er en intervensjonsmodell knyttet til gravide og eller blivende fedre med rus- og eller psykiske problem. Det er etablert etter idé fra Danmark. I Norge er denne modellen lite utviklet innen spesialisthelsetjenesten. Et sammenliknbart prosjekt er etablert i Vestre Viken Helseforetak (Forebyggende Familieteam), noe som gjør at vi får erfaring med tiltaket i by og land. Prosjektene har felles møteplasser hvor vi deler erfaring og lærer av hverandre.

## Startet i 2008

Familieambulatoriet tok imot den første brukeren i oktober 2008 ved sykehuset Namsos. Sykehuset Levanger startet konsultasjonene i april 2009. Det er gjennomført en rekke kompetansehevende tiltak, for personell i helseforetaket og kommunene, i forbindelse

med oppstarten av tiltaket. I september 2012 er 230 brukere registrert (vi registrerer den gravide i statistikken), noe som representerer cirka fem prosent av alle fødende i Nord-Trøndelag i tidsrommet. Regjeringen har bestemt at Familieambulatoriene i Namsos og nå skal bli en permanent ordning.

Tjenesten er et tilbud i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord-Trøndelag, noe som enkelte kommuner og andre samarbeidspartnere har stilt spørsmål ved.

Tilbudet har familieperspektiv med fokus på barn, mor og far, samt fokus på familiens hverdagsliv, sosioøkonomiske forhold som grunnlag for utvikling av gode og optimale familieforhold. Statistikken vi fører viser en del fellestrekk i brukergruppen som synliggjør de som har «falt utenom» det meste i samfunnet. Brukerne av tilbudet mangler mange av de støttepilarene som er viktige for å kunne skape gode oppvekstvilkår for barna, noe som tydeliggjør behovet for tiltak utover det den ordinære helsetjenesten tilbyr. Vi erfarer å nå en gruppe som har store behov for flere og koordinerte helse- og sosialtjenester, men som de ikke oppsøker av ulike årsaker.

Kliniske, ambulering team ved begge sykehusene i Nord-Trøndelag fungerer i direkte pasientkontakt. Tilbudet er et lavterskeltilbud hvor veien inn er lett for dem som er i målgruppen og som trenger ekstra oppfølging i svangerskap og barseltid. Alle kan «henvise», og etterspørsel av tjenestetilbud skjer oftest via en telefon inn til teamet hvor behovet beskrives.

Teamet tar raskt kontakt tilbake, og erfaring viser at sms er et verktøy som er svært effektivt for målgruppen, da mange av ulike årsaker er skeptiske til å svare på ukjente telefoner. Sms brukes også for å «minne»

## Dette vil vi oppnå

Overordnede mål for «Familieambulatoriet på Trøndersk»:

- Forebygge medikament- og rusrelatert medfødte skader og sykdommer, samt forebygge feilutvikling, omsorgssvikt og mishandling hos barn 0–6 år.
- Bidra til at barnet vokser opp i velordnede forhold hos kompetente omsorgspersoner som er i stand til å gi barnet den nødvendige kontakt, stimulering og omsorg, samt sikre en god og normal utvikling fysisk, psykisk og sosialt.
- Barnet og foreldre tilbys systematisk psykososial oppfølging gjennom barnets første seks leveår i tråd med individuelle behov.



**GOD BARNDOM:** Foreldre som sliter med rusproblemer eller psykisk sykdom, får støtte av Familieambulatoriet til å gi barna en normal oppvekst. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

på avtaler som er gjort, for å sikre at de følger opp og ikke dropper ut.

De aller fleste «henvisningene» kommer fra kommunejordmor og svangerskapspoliklinikken som tidlig i svangerskapet vurderer et behov for ekstra oppfølging utover de ordinære oppfølgingstiltakene i kommunen.

Det drives en utstrakt ambulerende virksomhet, som består av hjemmebesøk, koordinere og få på plass ulike hjelpetiltak, følge til ulike instanser for være en «følgesvenn» i et broket landskap.

De fleste har med seg en historie som gjør at de har problemer med å oppsøke de ordinære helse- og sosialtjenestene, selv om behovene er uttalte og store. Tidligere erfaring de har med kommunehelsetjenesten gjør at de opplever det enklere å skulle forholde seg til spesialisthelsetjenesten og tilbud som finnes der, uten å oppleve en stigmatisering av den grunn. Teamet tar et omfattende koordineringsansvar i forhold til de ulike tjenestene vedkommende har behov for. Helsestasjon, NAV, barnevern og fastlege er alle viktige samarbeidspartnere

#### Organisering av tiltaket

Tiltaket er organisert i BUP, Barne og familieklinikken i Helse Nord-Trøndelag HF, noe som oppleves positivt og riktig med tanke på familieperspektivet med spesielt fokus på barna.

Totalt fem årsverk fordelt på sju personer, med base på to sykehus, er knyttet til Familieambulatoriet. Teamene er tverrfaglig sammensatt med jordmødre, spesialpedagog, fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier. En utfordring er å opprettholde kontinuiteten og tilgjengeligheten med få personer, spesielt ved avvikling av hovedferie. Dette med bakgrunn i at når teamene

## «Familieambulatoriet bidrar til større trygghet i kontakt med barneverntjenesten.»

må overlape hverandre, blir det ekstra store avstander mellom basen og der en enkelte bor.

Den store tilgangen på nyhenvisninger utfordrer også kapasiteten i teamene, da mange blir værende i systemet lenge, fordi oppfølging med fokus på barna skal skje i seks år når det er behov for det.

I tillegg til styringsgruppe bestående av adm. direktør, fylkeslege, klinikkledere, brukerrepresentant med flere, har prosjektet tilknyttet seg en ressursgruppe med ulike fagpersoner fra kommune- og spesialist-

helsetjeneste. Dette for å bevisstgjøre at selv om tjenesten tilbys som en del av spesialisthelsetjenesten, er det viktig å huske at det er i kommunen vedkommende bor og det er her tjenestene må fungere i hverdagen. Familieambulatoriet skal ikke erstatte de kommunale helsetjenestetilbudene, men være et supplement for dem som trenger ekstra oppfølging.

Skal vi lykkes med en helhetlig tjeneste til målgruppen, krever det strukturert samarbeid både internt i helseforetaket og eksternt ut mot 25 kommuner med ulik organisering. Nedslagsfelt cirka 130 000 innbyggere.

Dette er en krevende øvelse hvor vi stadig møter utfordringer, ikke minst på systemnivå.

Å skulle samarbeide på tvers av fagområder utfordrer etablerte strukturer og kulturer hvor felles forståelse med blick for pasientens totale behov for sosial- og helsetjeneste er målet. Arbeidet er omfattende, da det krever dialog, kompromisser og ikke minst å kunne sette av tid til felles møteplasser i en hektisk hverdag hvor alle har nok med egne gjøremål.

#### Forebygging fra graviditeten

Tidlig intervensjon og langsiktig oppfølging av barna, til skolealder ved behov, er en av suksessfaktorene for å kunne vurdere effekt med mindre behov for helse-tjenester seinere i livet. Vi er i gang med systematisk oppfølging hvor psykolog fra spe- og småbarnsteamet og fysioterapeut fra Habiliteringstjenesten gjør de første vurderinger av barnet allerede mens mor ligger på barsel. Videre inviteres barna til sjekkpunkt ved to måneders alder, når de er seks måneder gamle og når de er ett år. Deretter etter behov hvert år til skolestart. Å systematisere denne strukturen krever vilje og forståelse av viktigheten av tidlig intervensjon, på tvers av fagområder, for å forebygge uønsket utvikling. I tillegg krever det en ny tenkning med hensyn til å skulle vurdere barna ut fra risiko, før symptomene er tydelige slik at korrigerende tiltak kan settes inn mens effekten er størst. Å bruke ressurser på forebygging for å redusere behovet for reparasjon er en prioritering som forventes å gi effekt på sikt, i tråd med samhandlingsreformens intensjon. For å kunne vurdere ønsket effekt, trengs det flere år med systematisk oppfølging hvor blant annet samarbeid med helsestasjonene og barnehagene, hvor de fleste barna er, blir svært viktig.

#### Evaluerings

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT Midt-Norge) gjennomførte i 2011/ 2012 en evaluering av tiltaket. Rapporten er tilgjengelig på



KBT- Midt Norge sin hjemmeside ([www.kbtmidt.no](http://www.kbtmidt.no)). Metoden de bruker er bruker-spør – bruker. De snakket med både brukere og samarbeidspartnere.

Oppsummert:

Brukerne peker på flere forhold som har gjort familielivet og oppvekst- situasjonen for barnet deres bedre gjennom kontakten med Familieambulatoriet.

Å ha en samtalepartner og noen å diskutere praktiske løsninger i familielivet, gir mor trygghet som fører til mindre stress i vanskelige situasjoner. Samtaler i Familieambulatoriet avlastet også familie og nettverk som samtaleparten om vanskelige tanker og utfordringer.

Samarbeidspartnere framhever Familieambulatoriets koordinatorrolle som positivt. I tillegg framheves den forebyggende funksjonen Familieambulatoriet har. Familieambulatoriet bidrar til større trygghet og tillit i kontakt med barneverntjenesten, og opp mot andre tilbud den enkelte har behov for.

#### Refleksjon

Når enkelte samarbeidspartnere har stilt spørsmål om tilbudet egentlig ikke er et kommunalt ansvar,

#### Flere får tilbudet

Regjeringen har i høst bestemt at Familieambulatoriene i Nord-Trøndelag og Vestre Viken skal gjøres permanente. I tillegg er det foreslått å opprette to nye lavterskeltiltak for oppfølging av foreldre med rus eller psykiske problemer i Helse Vest og Helse Nord.

tror jeg dette handler om at tiltakene optimalt burde være det. Realitetene er at i den kommunale hverdagen vil ikke en slik tett oppfølging i svangerskapet være realistisk på grunn av knappe ressurser. I tillegg oppleves det spesielt i små kommuner veldig gjennomsløst og stigmatiserende å skulle ha behov utover «A-4» – tilbudet. Med lang egenerfaring fra den kommunale hverdagen, er jeg overbevist om at skal dette tiltaket videreutvikles til andre jfr. St.-meldingen SE meg!, må det knyttes til spesialisthelsetjenesten, hvor det ligger til rette for korte veier til resten av spesialisthelsetjenesten som voksenpsykiatri, BUP, Hab og gyn/føde. Hvis ikke frykter jeg at det fortsatt er mange som ikke får det gode tilbudet dette ser ut til å være. ■



**TIDLIG OPPFØLGING:** Foreldrene følges opp helt fra graviditeten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



**RUS I PARKEN:** 23. juni 1973. Det er sommer i Oslo. Folk trekker ut i byens parker - og det gjør også ungdom som ruser seg. De samler seg foran domkirken - men der får de ikke være i fred denne sommerdagen. Politiet gjennomfører en

massearrestasjon - og Aftenposten er på plass for å dokumentere «narkotikabølgen» som har rammet Norge. I avisen sto det: «Narkotikabølgen er kommet hit for fullt. Her i parken foran Oslo Domkirke oppsto det tumulter da politiet arresterte

syv unge kvinner og en mann mistenkt for besittelse av narkotika. Domkirkeparken er blitt et samlingssted for ungdommer i narkotikamiljøet i Oslo. Det ble kastet sko og flasker etter vår fotograf da han tok bildet.»

## Spre informasjonen!

**Kontaktperson:** Kjersti Øvernes

**Tlf:** 40 45 79 69

**E-post:** Kjersti.Overnes@tromso.kommune.no

### Universitetet i Oslo

## Psykologiens dag

15. november

Ledende forskere innen klinisk psykologi, helsepsykologi og kognitiv nevrovitenskap deler sine erfaringer fra nyere forskning gjennom en serie foredrag. Spørsmålet er hva som virker, for hvem og på hvilken måte.

Programmet starter kl. 13.15 og varer frem til kl. 17.00. Forelesningene er åpne for alle og koster ingenting. Det blir anledning til å stille spørsmål etter hvert innlegg.

For mer informasjon kontakt ekspedisjon@psykologi.uio.no  
tlf: 22 84 50 00

### Litteraturhuset i Oslo

## Seminar og prisutdeling

14. desember

Seminar og prisutdeling i regi av Stiftelsen til fremme av ytringsfriheten innen psykisk helsevern, i samarbeid med Institutt for forskning om psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud. Temaet er: Psykisk uhelse - sosial eksklusjon, stigmatisering og marginalisering?

Prisen som deles ut denne dagen skal fremme ytringsfriheten i psykisk helsevern.

#### Innledere:

Sunniva Ørstavik - likestillings- og diskrimineringsombud.

Benny Lihme - redaktør av det danske tidsskriftet Social Kritik.

Berit Bryn Jensen - medlem av We shall overcome (WSO).

Per Ivar Støle - psykiatrisk sykepleier.

Påmelding innen 1. desember.

Mer informasjon: [www.hibu.no/aktiviteter/psykisk-uh/](http://www.hibu.no/aktiviteter/psykisk-uh/)

### Clarion hotel Trondheim

## Psykisk helse 2013

14. - 16. januar

Mangt skal vi møte, mangt skal vi mestre! Det er temaet for kongressen Psykisk helse 2013. I løpet av kongressen blir det presentert ny forskning og ny praksis, og det vil bli tilrettelagt for interessante læringsarenaer og muligheter for å utvikle ditt fagnettverk.

Se program, påmelding og info på [www.ffhs.no](http://www.ffhs.no)

## Nordica Hotel i Reykjavik, Island

### The Nordic Conference of Mental Health Nursing

11.-13. september 2013

Bryt barrierer er temaet for konferansen. Emner som blir tatt opp er menneskerettheter og psykisk helse, omsorg og fra forskning til praksis. Deltakerne får mulighet til å dele erfaringer og informasjon, og for å utvide sin kunnskap. Arrangør er PSSN, The Association of Nordic Psychiatric Nurses and Professional chapter of Psychiatric Nurses within Icelandic Nurses' Association. Mer informasjon: <http://breakingbarriers.is/>

### Universitetet i Nordland, Bodø

## Praktisk kunnskap og profesjonsforskning

6. desember

Senter for praktisk kunnskap ved Universitetet i Nordland inviterer til nordisk konferanse.

Konferansens hovedmål er å ta tak i spørsmålet "Hva er praksisforskning?" og hvordan kan den gjennomføres på en måte som er aktuell og relevant for dagens praksisformer, samtidig som den utfordrer ny utvikling i praksisfeltet?

Mer informasjon: [hibo.no](http://hibo.no)

### Hotell Scandic Hamar

## Lanseringsdag ROP

14. november

Bli med på lanseringsdagen for Nasjonal kompetansetjeneste for ruslidelse og psykisk lidelse (Nasjonal kompetansetjeneste ROP).

Målsettingen med ROP er å sikre nasjonal kompetanseutvikling og kompetansespredning innenfor fagområdet ruslidelse og psykisk lidelse.

På lanseringsdagen blir det en rekke interessante innslag. Dagen etter arrangerer ROP Erfaringskonferansen 2012, på samme sted. Dagen vil by på et utvalg av FoU-prosjekter som har fått tildelt midler fra Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose.

Påmelding skjer på nettsiden [www.dobbeltdiagnose.no](http://www.dobbeltdiagnose.no)



## Bli medlem i SPoR

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

### Medlemsfordeler:

- Du kan søke om stipend til kurs, konferanser og seminarer.
- Du kan søke utdanningsstipend på inntil 10 000 kroner.
- Du får rabatt på konferanser og arrangementer i regi av SPoR.
- Du får tilsendt fagbladet Psykisk helse og rus.

### Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider innen fag-

feltet psykisk helse og rus, eller som er interessert i fagfeltet, og som er medlemmer av NSF.

- Sykepleiere som ikke er medlemmer av NSF kan tegne abonnement på tidsskriftet Psykisk helse og rus.
- Sykepleierhøgskoler, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement fagbladet.

### Medlemskap koster kr 450,- pr. år

Ønsker du og bli medlem av faggruppen kan du sende epost til medlem@psykiskhelseogrus.no eller registrere deg på NSF hjemmesider: <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere>.

Ønsker du kun abonnement på tidsskriftet kan du sende e-post til abonnement@psykiskhelseogrus.no