



Psykisk helse og rus

NR. 1-2014 • ÅRGANG 25

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

A close-up photograph of several sharpened pencils of various colors (blue, yellow, orange, red, black, white, dark blue, brown) fanned out against a white background. The pencils are the central visual element of the cover.

**Kunstterapi mot
spiseforstyrrelser**

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

Faggruppeleder

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

DESKJOURNALISTER

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

Astrid Svalastog

Tlf: 97 67 12 62
astrid.Svalastog@sykepleierforbundet.no

LAYOUT

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

Monica Hilsen

monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO

Roald Lund Fleiner/NAPHA
og Colourbox

NESTE UTGAVE

4. august 2014

Innsending av artikler

Skriv artikler helst som word-dokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkel-dokumentet. 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.



■ **10 PASIENT:** Ivang i eget hjem.



Innhold

NR. 1-2014 • ÅRGANG 25



30 **FLYKTNINGER:**
Hjelp mot traumer.

«Det er viktig å løfte fram ildsjelene»

Yngve Osbak, side 20

39 **MINDFULNESS:** Litt mindre stress.



- 4 Søk stipend

- 5 **LEDER:** Kurt Lyngved

- 6 Smånytt

- 8 Kunstterapi i behandling av spiseforstyrrelser

- 10 Tvang i eget hjem

- 15 Vanskelig å forutse selvmord hos barn

- 16 Felles møteplasser gjør diagnosen uviktig

- 18 **TILBAKEBLIKK:** Petra tok smugleren

- 20 Hvorfor noen kommuner lykkes bedre enn andre

- 21 Program Landskonferansen for SPoR 2014

- 25 Aktuelle bøker

- 26 Kan simulering forberede studenter til praksis?

- 30 Behandling av traumer hos flyktninger

- 39 Mindfulness based Coping
- kurs som fremmer oppmerksom mestring

- 44 Bli medlem



Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse

utlyser et stipend på kr. 75 000

Det er et fagstipend som deles ut årlig, og stipendet deles nå ut for tredje gang av stiftelsen.

Stipendet tildeles en sykepleier som arbeider eller planlegger å arbeide med et prosjekt som vil styrke utdannelsen av sykepleiere gjennom økte forskningsbaserte og kliniske innsikter og praktiske ferdigheter.

Marie Lysnes arbeidet gjennom et langt liv for å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og sykepleie innen det psykiske helsefeltet.

Stipendtildelingen har til hensikt å videreføre denne innsatsen i en aktuell og fremtidsrettet form.

Søknadsfrist 1. mai 2014.

Stipendet deles ut på Landskonferansen i Bodø 11.–13. juni 2014.

Søknad med prosjektbeskrivelse sendes til:

Faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus
v/ Olav Bremnes innen 1. mai 2014,
på e-post: olav@ntebb.no

Mer info om Marie Lysnes på:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/810786/marie_lyses_legat_8487.pdf



NSFs faggruppe for sykepleiere
innen psykisk helse og rus

■ LEDER:
Kurt Lyngved



Store og små bekymringer

Så har jeg vendt tilbake til min plass ute ved havet og ser våren sige inn over et vinterlig landskap. Det er lyset som forteller meg at noe er i endring. Det ligger en slags optimisme i solens spill med holmer og skjær som så lenge har lagt i skyggeverdenen og strukket seg etter dagslys. Nå ligger dagene badet i det blå lyset bak oss og lengselen mot sommernattens evige dag får nesten holmer og skjær til å hoppe av fryd. Men bare nesten. I dette glansbildet ligger det allikevel mørke skyer over mange landskap og fortsatt er det slik at mange mennesker lever i utrygghet og vet ikke hva dagen vil bringe og slett ikke morgendagen. Mange er på flukt fra krig og andre trusler og bringer med seg sine få eiendeler inn mot en usikker framtid. Situasjonen på Krim-halvøya er høyst uklart og vi ser et Europa som utfordres politisk og menneskelig.

Mange slike uro-områder gjør oss mennesker usikre og utrygge. Lange skygger kastes inn over våre liv uansett hvor vi er. Dette er forhold som også helt klart får betydning for vår helse og for vår livskvalitet. Bekymringer vi bærer med oss preger våre liv og våre hverdager fra de nære og hverdagslige forhold til de store og mer verdensomspennende anliggender. Men det er på egen kropp vi opplever angsten og utryggheten og dens betydning for egen livsutfoldelse. Det siste året har mange krefter vært i sving for å redde traumeenheten ved Nordlandssykehuset i Bodø. Brukerorganisasjonene har gjort en formidabel jobb for å fremme sin sak med tanke på konsekvenser dersom denne enheten legges ned. Det som slår meg i dette bildet er den utryggheten som uttrykkes ved at tilbud fjernes og hva da? Jeg har full forståelse for dette spørsmålet i denne sammenheng og begriper ikke at man ikke først sørger for å bygge opp det nye tilbudet før det gamle tas bort. Enhver forstår at det tomrommet som sannsynligvis oppstår er angstskapende i seg selv og vil påvirke helsen på en negativ måte. Det er lett å glemme at de som er brukere av dette tilbudet i utgangspunktet bærer livshendelser med seg som allerede har forringet deres livsutfoldelse. Helsevesenet som system skal ikke bidra til å legge sten til byrden. Det skal sørge for å være forutsigbart og trygt for befolkningen.

I serien om psykiske lidelse og drap har NRK ikke bidratt til å skape åpenhet og forståelse for psykisk uhelse i en større sammenheng. Etter programserien sitter man igjen med en opplevelse av at et menneske med en psykisk lidelse er en potensiell drapsmann/kvinne. Det vet vi alle er feil. Dette fokuset bidrar til å stigmatisere veldig mange og setter mennesker som sliter med sine liv i et dårlig lys. Det er et tilbakeslag i

arbeidet for å bryte ned fordommer og stigmatiseringer knyttet til det å ha et psykisk helseproblem. I et samfunn hvor flere og flere får psykiske helseproblemer vil en annen vinkling på dette kunne være positiv folkeopplysning og bidra til en forståelse for at psykiske problemstillinger ikke er det samme som farlighet. Fokuset burde være på sårbarhet. Farlighet hos mennesket må vurderes ut fra det enkelte menneske i den situasjonen de befinner seg i uavhengig av om de har en psykisk lidelse eller ikke. Etter min mening må denne debatten være mye mer nyansert enn det programmet ga uttrykk for. En god psykisk helse betinges av inkludering og opplevelse av et menneskelig fellesskap – ikke stigmatisering og utenforskap.

Denne vinteren har ni sykepleiere gått på skrivekurs i regi av NAPHA (Nasjonalt senter for psykisk helsearbeid i kommunen). Dette har vært svært vellykket og det var fornøyde skribenter som leverte sine artikler etter endt kurs. Artiklene legges ut på ulike hjemmesider og de vil bli presentert i tidsskriftet i løpet av året. Vi ønsker å kunne gi dette tilbudet årlig og forutsatt finansiering vil det også bli mulighet for andre å delta neste år. På denne måten bidrar sykepleiere som jobber innenfor feltet psykisk helse og rus til å synliggjøre det viktige arbeidet som gjøres rundt omkring i landet. Slik blir gode praksiser synlig for mange og åpner opp for andre til å følge de gode eksempler.

Årene som kommer vil utfordre oss på mange områder med tanke på eget fag innenfor det psykiske helsearbeidet. Sykepleie, som andre fag, er i en kontinuerlig dialog med omverden og dens skiftende vinder. Dette er vi nødt til å være med på og gi våre innspill til utviklingen i det psykiske helsearbeidet og hva vi mener bidrar til kvalitative gode tilbud. Nøkkelpersonene i denne sammenheng er brukerne av tjenestene og vi vil tilstrebe en god dialog med brukere på alle nivå innenfor psykisk helse og rus. Lokalt og nasjonalt må vi tilstrebe den gode dialogen i det tverrfaglige feltet der erfaringskompetansen er et selvfølgelig bidrag. Jeg håper at mange sykepleiere innenfor feltet psykisk helse og rus har lyst til å engasjere seg og på denne måten bidra til å utvikle gode praksiser og kunnskapsfelt. På denne måten bidrar vi som faggruppe til å holde kvalitetsstempelen høyt og hele tiden ha det gode tilbudet på tjenestene i fokus.

Kurt J. Lyngved

FAGGRUPPELEDER

Færre ble tvangsinnlagt

Seks prosent færre ble tvangsinnlagt i psykisk helsevern i 2013 enn året før, ifølge den nye rapporten Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2012. Ifølge Helsedirektoratet er det vanskelig å si hva nedgangen skyldes. Én forklaring kan være at resultatene av godt lokalt arbeid nå begynner å vise seg. Flere menn enn kvinner ble tvangsinnlagt.

Kilde: Dagens Medisin



ME-syke savner venner

Ungdommer med kronisk utmattelses-syndrom savner skole, venner og føler seg glemt. Det viser intervju med ME-syke som stipendiat ved Institutt for sykepleie på HiOA, Anette Winger, har gjennomført. Hun har intervjuet 18 unge mellom 12 og 18 år med ME. I Norge har anslagsvis 600 personer under 18 år ME.

Kilde: Forskning.no

SMÅNYTT

Får medisiner – ikke oppfølging

Mer enn hver fjerde ungdom som har psykiske problemer går på medisiner ni år senere. Får en ungdom først forskrevet medisiner mot søvnløshet, angst eller depresjon, kan det føre til mange års sammenhengende medisinbruk.

– Dette er urovekkende. Disse ungdommene må få bedre oppfølging i helsevesenet, mener Anne Kjersti Myhre Steffenak ved Høgskolen i Hedmark.

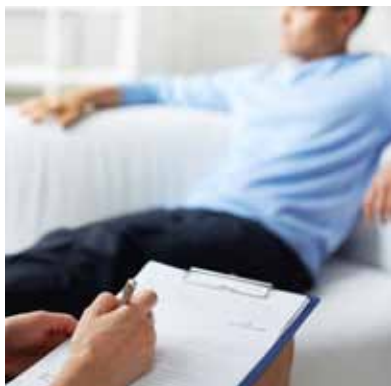
Hun har tatt doktorgrad ved Karlstad universitet, der hun har studert psykisk helse og bruk av medisiner blant 15-16-åringer og helsesøstres oppfatning av sine roller knyttet til dette.

Kilde: Forskning.no



«Livet kan bare forstås baklengs, men det må leves forlengs.» *Soren Kierkegaard*

Tidlig behandling gir resultat



Å oppdage og behandle psykoser etter bare noen få uker, doubler mulighetene for å være frisk ti år etter den alvorlige diagnosen. At man kommer raskt i gang med behandlingen har mye å si for hvordan sykdommen utvikler seg, både når det gjelder å fungere sosialt, og med tanke på symptomer.

– Tidlig oppdagelse er helt avgjørende fordi psykoselidelser er blant de alvorligste psykiske sykdommene, sier psykologspesialist Wenche ten Velden Hegelstad til Forskning.no. Hun har forsket på psykoser i sin doktoravhandling.

Kilde: Forskning.no

Syk av skiftarbeid

Det er dobbelt så høy risiko for å få psykiske lidelser som depresjon og angst, når man jobber skiftarbeid. Det viser en rapport fra Statens arbeidsmiljøinstitutt, som oppsummerer forskning om hvilken effekt skift- og nattarbeid og arbeidsdager på over 11 timer har på helsen.

Risikoen for en rekke andre sykdommer som diabetes, kreft, hjertesykdom øker også kraftig.

– Det er belastende å jobbe mot kroppens egen klokke, og mange tar skade av det, sier forskeren bak rapporten, Jenny-Anne Sigstad Lie til Fædrelandsvennen.

Kilde: tvn.no

Ensomme eldre

Ensomheten øker noe med alderen, men først i ganske høy alder, viser Nova-rapporten Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Av befolkningen over 75 år er det 25–30 prosent som sier seg ensomme, ofte eller av og til, mot 15–20 prosent av befolkningen under 75 år.

Kilde: Aftenposten.no



Psykotiske komikere

Prisen for å få folk til å le, kan være å ikke ha det så bra selv. Komikere har psykotiske personlighetstrekk mye oftere enn andre. Det påstår forskere fra universitetet i Oxford og det britiske helseforetaket Berkshire Healthcare NHS Foundation Trust, etter intervju med 523 komikere.

Kilde: Forskning.no



Tekst Johan Alvik Foto Colorubox og Scanpix

Ruser seg for å mestre sykdom

For noen pasienter med alvorlig psykisk lidelse er rusbruk en klar strategi for å dempe symptomer, motvirke bivirkninger og håndtere hverdagen, viser Henning Pettersen i en ny forskningsartikkel. Han er stipendiat ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP).

– For enkelte pasienter er rusbruk en klar strategi for å håndtere hverdagen. De har flere positive enn negative erfaringer med å ruse seg, sier Pettersen til rop.no.

Pettersen har intervjuet 11 pasienter som både har en alvorlig psykisk lidelse og en ruslidelse. Pasientene ble spurt om hvorfor de bruker rus, og hvordan de opplever at rusbruk påvirker den psykiske lidelsen. Det var ikke tilfeldig hvilke rusmidler de brukte. Flere mente alkohol minsker angst og depresjon. Cannabis hjalp dem å dempe lyden av indre stemmer. Amfetamin ble brukt av ulike årsaker, blant annet for å utløse en manisk fase eller roe indre stemmer.

Kilde: rop.no



Stress er tema for Verdensdagen

I år er hverdagsstress og psykisk helse tema for Verdensdagen for psykisk helse.

– Vi stresser så mye at vi står i fare for å bli syke. Verdensdagen for psykisk helse vil i 2014 jobbe forebyggende og fokusere på balansen mellom aktivitet og hvile, sier prosjektleder Rune Helland til Verdensdagen.no.

Verdens helseorganisasjon rangerer stress som det 3. største helseproblemet i verden. Negativt stress er en utfordring for mange, og langvarig stress kan resultere i utbrenthet, angst, depresjoner og utenforskap. Verdensdagen for psykisk helse er 10. oktober.

Kilde: Verdensdagen.no



Kunstterapi i behandling av spiseforstyrrelser

Rollespill og andre kreative øvelser bidrar til å åpne kommunikasjonen mellom unge voksne med spiseforstyrrelser og deres familier.

En god metafor på spiseforstyrrelser er «Den uinviterte gjesten». Den kommer snikende inn. Først tar den gradvis kontrollen over livet til den som har en spiseforstyrrelse. Deretter invaderer den familien, som etter hvert begynner å gå «på tå hev» av frykt for å si eller gjøre noe galt som forverrer situasjonen. Etter hvert blir hele familiens liv som en «runddans» rundt spiseforstyrrelsen.

Fortvilelse skaper avstand

Når vi forteller om dette i våre multifamiliegrupper kjenner familiene seg igjen. Å leve i en slik presset situasjon gjør noe med kommunikasjonen og samhandlingen i familien. I en tilstand av fortvilelse er ikke alt som blir sagt like hensiktsmessig. I stedet for å åpne opp for og prøve å forstå hverandre, lukker kommunikasjonen seg, og avstanden blir større. Utsagn

«Jentene har blitt mer selvstendige, flyttet hjemmefra, tatt opp studier eller begynt i jobb igjen.»

som er ment som støtte og oppmuntning, blir ofte mistolket. «Du som har slik en sterk vilje, det er da vel bare å bestemme seg for å spise». En slik uttalelse fra en nær person kan medføre at de blir sinte eller lei seg og føler seg

misforstått. De kan gi opp forsøket på å forklare seg til omverdenen, trekker seg unna, og kan tenke at «det nytter ikke allikevel». Kommunikasjonen «låser seg».

Kreativitet åpner opp

Ved Regionalt senter for spiseforstyrrelser ved Nordlandssykehuset i Bodø, jobber vi kreativt med grupper bestående av flere familier som alle har et medlem med spiseforstyrrelse. Der den vante kommunikasjonen har kjørt seg fast, ser vi at rollespill og kunstuttrykk gir familiemedlemmene nye innsikter og måter å se hverandre på.

Konstant indre ambivalens

I tillegg til kommunikasjonen med de rundt seg, lever en person med spiseforstyrrelse vanligvis i en tilstand av konstant indre ambivalens. En dialog mellom den rasjonelle og den spisefor-

styrrede siden er stort sett hele tiden til stede.

For å hjelpe familiene til å forstå hva som skjer i en person som har en spiseforstyrrelse, setter vi opp en situasjon fra et måltid ved hjelp av et rollespill.

Å forstå den andre – et rollespill

En stol settes i midten. Der sitter den som er i rollen som den som har en spiseforstyrrelse. På hver side av denne - litt bak skuldrene - settes stoler som representerer den «friske stemmen» på den ene siden, og «den spiseforstyrrede stemmen» på den andre. Rett foran plasseres en stol som representerer den som prøver å oppmuntre til spising.

Terapeutene går inn i de ulike rolle og «fyrer løs» med replikker som de tror er riktige. Dette vekker vanligvis et gryende engasjement hos jentene (de fleste av de vi følger opp med spiseforstyrrelser er jenter). Enkelte kan våge seg fram på og be om å få supplere de ulike stemmene, da terapeutene ikke har fått med alt. Behovet for å få frem at det kan være ulikt fra person til person er viktig for dem.

Rollespillets virkning

Deretter oppfordres familiemedlemmer til å komme og sitte i stolen i midten for å oppleve å være i rollen som spiseforstyrret. Familiemedlemmer som tør å prøve seg i denne rollen gir uttrykk for at de opplever det forferdelig å bli bombardert av slike kraftfulle og ulike budskap samtidig. Det hendte en gang at en far reiste seg brått og løp ut av situasjonen.

De i utgangspunktet skeptiske og vegrende jentene kan plutselig endre innstilling, og bli engasjert og delak-

COLLAGE: Ved hjelp av ukeblader, saks, lim og fargestifter gir personer med spiseforstyrrelser uttrykk for hvordan de opplever livet med spiseforstyrrelse, og hvordan de forestiller seg livet uten. Foto: Roald Lund Fleiner/NAPHA.



tige. Øyner de et håp om å bli forstått?

Lager kunstutstilling

For å jobbe videre med å skape en forståelse for hverandres situasjon settes foreldre, søsken og jentene sammen i ulike grupper. Gruppene ledes av to terapeuter. Familiemedlemmene skal snakke om hvordan det oppleves for dem å leve i en familie hvor et medlem har en spiseforstyrrelse.

Jentene får i oppgave å lage et kunstnerisk uttrykk for hvordan de opplever livet med spiseforstyrrelse, og hvordan de forestiller seg livet uten. Ved hjelp av ukeblader, saks, lim og fargestifter lager de en collage. Formålet med oppgaven er å uttrykke seg uten å bruke ord.

Opgaven munner ut i en «kunstutstilling», hvor det de har laget legges frem på et bord i et stort rom der alle familiene samles. Bildene vises frem anonymt. Oppgaven er frivillig, og det er lov å reservere seg fra å legge fram. De fleste blir med når vi formidler at det ikke spiller noen rolle hvordan det ser ut, og at det viktige er at den enkeltes uttrykk får komme fram.

På utstillingen legges et blankt ark på sidene av hvert bilde. Familiemedlemmene får i oppgave å skrive ned tanker som dette vekker i dem.

Uttalelser som kommer kan være: «Dette var sterk kost. Jeg ante ikke at

det opplevdes slik». Men også optimisme i forhold til at det kan ligge mye håp for fremtiden i collageene.

Ny start

Arbeidet med kreativ tilnærming er ett av flere verktøy vi bruker i multifamiliegruppene. Den kreative tilnærmingen består også av en rekke andre øvelser, deriblant en «bli kjent øvelse» hvor to og to reflekterer over sine egne navn. Målet er å åpne for humor, nye innfallsvinkler og en ny måte å kommunisere på der man har kjørt seg fast i et uheldig mønster.

Vi erfarer at den gjensidige forståelsen mellom familiemedlemmene og den som har en spiseforstyrrelse øker, og at de får et nytt og felles utgangspunkt for å snakke med hverandre.

Hvordan deltakerne påvirkes

Alle familiemedlemmene fyller ut evalueringsskjema til slutt. Mødrene skårer høyst på spørsmålet om hvor fornøyd de generelt er. De rapporterer at de har blitt roligere, mer «tilbakelente» og har ikke så stort behov for kontroll. De begynner å gjenoppta hobbyer og blir mer sosiale. Fedrene sier at de forstår mer, er mer delaktig i det som skjer i familien i stedet for å trekke seg unna. De har akseptert at ting tar tid. Søsken begynner å leve sine egne liv igjen, tar

ikke så mye hensyn og får tilbake plassen sin i familien.

Flere av jentene har blitt mer selvstendige, flyttet hjemmefra, tatt opp studier eller begynt i jobb igjen.

Andre får tilbakefall og må gå flere runder. Alle deltakerne med spiseforstyrrelse mottar annen behandling samtidig, enten ved at de er innlagt i sengepost eller at de går til polikliniske samtaler.

Slipper til det lekne

Det er ikke godt å si hva som hjelper, men felles for alle er at de gir uttrykk for å ha fått en ny forståelse av seg selv og samhandlingen i familien. De har også fått et redskap for å takle opp- og nedturen i livet. I tillegg tør de bruke mer humor. Spontanitet og kreativitet henger nøye sammen, og kanskje disse kreative tilnærmingene løser opp og slipper til det lekne i deltakerne. ■

Artikkelen er skrevet i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).



Tekst Siri Lyngmo, psykiatrisk sykepleier/ klinisk spesialist, familie- og gruppe-terapeut ved Regionalt senter for spiseforstyrrelser, Nordlandssykehuset Bodø.

BEHANDLING Det finnes ingen klare nasjonale føringer for hva behandlingstilbudet til hjemmeboende pasienter som er underlagt tvang skal inneholde, foruten kontroll og medisinering. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Tvang i eget hjem

Bruk av tvang både i og utenfor institusjon (TUD) har fått økt fokus de siste årene. Det er mange meninger om dette temaet som engasjerer både pasienter, pårørende og helsevesenet selv.



Av Maria Løvsetten (psyk spl med Master i psykisk helse), FoU, avd for akuttpsykiatri og psykosebehandling Sanderud, Sykehuset Innlandet

Bruk av tvang i behandling har vært regulert gjennom norsk lovverk helt tilbake til 1848. Tvang uten døgnopphold (TUD), er en ordning som har vært lovregulert siden 1961. I 1999 ble ny Psykisk helsevernloven vedtatt (1). Etter iverksetting av ny lov i 2001, ble det gitt økt tilgang til å gjøre vedtak om tvang utenfor institusjon hvis dette ble sett på å være en bedre ordning for pasienten (2). Dette innebærer at man fortsatt er pasient selv om man oppholder seg i eget hjem.

Det å være underlagt tvang mens man oppholder seg i sitt eget hjem er en stor inngripen i et menneskes liv, og det utfordrer både lovverk og etikk. Tilgjengelige statistikker viser at bruken av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold er økende i Norge (3). Det finnes per i dag ikke fullstendige registreringer eller rapporteringer nasjonalt i forhold til hvor lenge en pasient er innlagt med tvang, eller underlagt tvungent psykisk helsevern (2). Det er heller ikke gjort mye forskning på dette området i Norge (4).

Psykisk helsevernloven sammen med forskrifter regulerer bruk, oppfølging og kontroll av tvang overfor pasienter som mottar behandling i psykisk helsevern (1). Hovedvilkåret for å kunne anvende tvunget psykisk helsevern er at det foreligger en alvorlig sinnslidelse. Begrepet alvorlig sinnslidelse er en juridisk term, som ikke finnes som medisinsk diagnose, men blir brukt om aktive psykoser og avvikstilstander med like alvorlig funksjonssvikt som ved aktive psykoser (5). Det er to kriterier i psykisk helsevernlovens § 3–3 som vurderes i forhold til å kunne gjøre tvangsvedtak, behandlingskriteriet og farekriteriet (1). Behandlingskriteriet brukes når det er redusert utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring, eller det er stor sannsynlighet for forverring av tilstanden. Farekriteriet blir brukt når det er en nærliggende og alvorlig fare for pasienters eller andres liv og helse. Det er også hjemmel i sosialtjenesteloven og helse og omsorgstjenesteloven til å legge inn personer på tvang (1). Dette gjelder rusavhengige som er svært behandlingstrengende, og gravide rusavhengige hvor det er fare for det ufødte liv (5).

Det finnes lite sikker kunnskap om hvilken effekt tvangsinnleggelse, bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling har både i og utenfor institusjon.

Omfang og målgruppe

Sintef Helse fikk i 2003 i oppdrag fra Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet å gjennomføre datainnsamling for å finne omfang ved bruk av tvang innen psykisk helsevern i Norge. Denne registreringen endte i rapporten *Bruk av tvang i psykisk helsevern (2006)* som bygger på de innsamlede data (6). Rapporten avdekket store geografiske forskjeller mellom helseforetak og helseregioner i bruken av tvang ved innleggelse, bruk av tvang utenfor institusjon og tvangsmedisinering, (6). Rapporten viste også at 2,9 % av alle polikliniske pasienter fra samme periode var underlagt TUD. Flertallet av pasientene, hele 87 %, hadde fått vedtak begrunnet med behandlingskriteriet, mens 33 % hadde fått vedtak begrunnet med farekriteriet. Noen hadde vedtak begrunnet med begge kriteriene.

I Hedmark og Oppland ble det samlet inn data av omfang av TUD i Sykehuset Innlandet Divisjon psykisk helsevern, i perioden 1.1.2008- 31.12.2011 (7). Denne undersøkelsen viste at 1,1 % av pasientene hadde vedtak om tvang uten døgn. Av disse pasientene var det 93 % som hadde en diagnose i schizofrenispekteret i kategorien F 20-F29 i ICD-10, og 32 % av pasientene hadde rus som tilleggs-

Fokus på tvang i Innlandet

Sykehuset Innlandet har et tydelig fokus på bruk av tvang, og spesielt erfaringer med bruk av TUD:

- Samarbeider med Tvangsforsk ved Universitetet i Tromsø for å samle registerdata om TUD
- Sykehuset Innlandet har et pågående forskningsprosjekt om TUD, med en stipendiat som forsker på kvalitative data
- Bidrar med datainnsamling til «Skjermingsprosjektet» i Akuttnettveket i samarbeid med Akershus universitetssykehus
- Den 26. og 27. november 2014 arrangerer Sykehuset Innlandet sin 7. Nasjonale tvangskonferanse på Hamar

problem (7). Alle pasientene brukte psykofarmaka hvorav 60 % fikk depotmedikasjon, mens 40 % fikk tabletter. Studien fra Sykehuset Innlandet viste at 27 % av pasientene fikk TUD-vedtak begrunnet med farekriteriet, imens 72 % fikk TUD-vedtak begrunnet med behandlingskriteriet. Både den nasjonale og regionale oversikten viste at de fleste TUD-vedtak gjøres med begrunnelse i behandlingskriteriet.

Rammer for behandlingsoppfølging

Psykisk helsevernloven med forskrifter gir føringer for hvordan pasienter med TUD-vedtak skal følges opp.(1). Det som er lovpålagt er at pasienten skal undersøkes av spesialist i psykiatri eller klinisk psykolog, hver tredje måned i forhold til om vedtaket skal forlenges eller avsluttes. Et TUD-vedtak innebærer at pasientenes medisinerer blir tett fulgt opp. Men hvis pasientene motsetter seg medisinerer, gir loven hjemmel for å hente pasienten i eget hjem og bringe vedkommende til godkjent institusjon som har myndighet til å gjennomføre og følge opp TUD-vedtak (1).

I tillegg gir lovverk og retningslinjer føringer for at pasienter og pårørende skal ha en navngitt kontaktperson som skal være tilgjengelig på dagtid. Pasienter som ikke har egen boligadresse, kan ikke få vedtak om TUD. Pasientene skal også ha tilbud om individuell plan. Utover dette, finnes det ikke føringer for hva dette behandlingstilbudet skal inneholde (1).

Både Helsetilsynsrapporten og resultatene i studien fra Innlandet viser at flertallet av pasienter med TUD-vedtak har psykosediagnose i schizofrenispekteret (7). Schizofreni er lidelser som kan gi stort funksjonstap og mange kan trenge tett oppfølging for å fungere i dagliglivet (8). Det er lite sentrale krav og føringer i lovverk, retningslinjer og veiledere om hva

selve behandlingstilbudet skal inneholde (2,9). Pasienter med TUD-vedtak er spesialisthelsetjenestens ansvar, men de bor i kommunene. Oppfølgingen og kvaliteten på behandlingen er avhengig av hvordan spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune klarer å samarbeide, og hvilken kompetanse personalet som har den daglige kontakten med pasientene har.

Oppfølging av pasienter som har TUD-vedtak kan oppleves krevende for helsepersonell. Det kan være krevende å følge opp pasienter hvor vedtaket er begrunnet med farekriteriet. Disse pasientene trenger et godt tilrettelagt tilbud slik at de ikke utsetter seg selv eller andre for fare. Pasienter med psykose kan ha problemer med å formidle følelser og tanker, og kan derfor bli voldelige i akutte faser (10). I tillegg kan pasienter med schizofreni ha høy selvmordsrisiko på grunn av depressiv fortvilelse i upsykotiske perioder (8). Oppfølging av disse pasientene er avhengig av gode behandlingsrelasjoner mellom pasient og helsepersonell. Studien fra Innlandet viser at de fleste pasienter med TUD-vedtak har alvorlige psykiske lidelser, og flere kan i tillegg ha problematisk atferd preget av rusmisbruk. Pasienter med slike sammensatte lidelser bør få tilbud om integrert behandling, og de trenger oppfølging fra personale som har kompetanse på dette (11).

I Veilederen for Psykisk helsearbeid blir utformingen av individuell plan (IP) vektlagt som hjelpemiddel for oppfølging av pasienter med vedtak om tvang. Men, det er ikke noe krav til hva denne oppfølging skal omfatte selv om dette er en lovpålagt oppgave (12). I rapporten Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud, nevnes ikke pasienter med vedtak om TUD

stendighet, mestring og deltakelse i egen behandling gjennom brukermedvirkning. Disse prinsippene utfordres av tvang.

Å bruke tvang i behandling kan virke som et paradoks. Undersøkelsen fra Sykehuset Innlandet, viste at alle pasienter med TUD-vedtak ble behandlet med psykofarmaka (7). Pasienter kan oppleve plagsomme bivirkninger av medisiner og føle at de mister kontroll over hva som skjer med egen kropp (13). Det kan føre til at pasienten motsetter seg å bruke medikamenter. Det er vesentlig at pasientens synspunkter kommer frem ved valg av medikament, for at samarbeidet mellom behandler og pasient skal bli best mulig.

Etiske verdier er grunnleggende for alt hjelpearbeid med mennesker. Det er tre grunnleggende verdiprinsipper som ligger til grunn for tjenesteytelse i psykisk helsearbeid; informert samtykke, retten til autonomi og retten til å bli møtt med respekt og integritet uavhengig av sykdom eller funksjonshemming (14). Disse grunnleggende verdiprinsippene påvirkes også av verdisyn og holdninger i ulike behandlingsmiljøer. Dette får konsekvenser for hvordan man møter og handler ovenfor pasientene.

Ved vedtak om tvang «mister» personen retten til å gjøre selvstendige valg og kan føle seg krenket. Dette utfordrer helsearbeidere og sykepleiere i forhold til yrkesetikk. Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet egne yrkesetiske retningslinjer hvor det blant annet står; «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket.» (15, s. 8)

I situasjoner hvor det brukes tvang, blir det spesielt viktig for sykepleiere å ivareta pasientens verdighet og integritet.

Tvang er et begrep som kan forstås på ulike måter og er kontekstavhengig ut fra hvordan det enkelte individ opplever situasjonen. Tvang kan bety både å bruke makt mot en annen eller å føle seg tvunget (16). Bruk av tvang har blitt møtt med mye kritikk, og det er sentrale føringer i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern for at ordningen skal vurderes (3). Det er spesielt behandlingskriteriet som blir kritisert fordi det omfatter å bryte menneskerettighetsprinsippet om autonomi. Flertallet i brukerorganisasjonen Mental Helse ønsker at dette kriteriet skal fjernes fra lovverket (17).

Alt helsepersonell må arbeide etter etiske retningslinjer og følge menneskerettighetene (18).

«Et TUD-vedtak innebærer at pasientenes medisiner blir tett fulgt opp»

spesielt, men denne rapporten foreslår at det bør utarbeides enn metodebok for oppfølgingstiltak for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (9).

Etiske utfordringer

Bruk av tvang gir mulighet for å behandle sykdom samtidig som det utfordrer og stiller samfunnet og helsetjenesten ovenfor vanskelige valg, både medisinsk og etisk. Målet med behandling, er å gi pasientene hjelp som gir bedret helse, fremmer selv-

Kompetanse, holdninger og erfaring hos personalet har betydning for hvordan de forholder seg til pasienter som har vedtak om TUD. Samtidig er det vesentlig hvordan tvangen blir gjennomført i forhold til hvordan pasientene opplever tvangssituasjonen. Rapporten *Frivillighet før tvang* (2010) viser til ulike tiltak for å redusere bruk av tvang og opplevelsen av tvangsbruk som for eksempel ulike lavterskeltilbud for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, god kompetanse hos dem som vurderer pasientene ute i kommunene og styrket samhandlingen mellom kommunene, og spesialisthelsetjenesten (19).

I møte med pasienter som har vedtak om tvang, utfordrer dette helsepersonell i hvordan de skal møte pasienten så verdig og respektfullt som mulig, og ivareta pasientens integritet. Det å være underlagt tvang, gjør at pasienten kan oppleve å miste oversikt og innflytelse over egen situasjon. Mange kan føle det uverdige og reagerer med sinne eller avmakt ved å være avhengig av andre (20). Det kan også være slik at pasienten har mange tidligere negative erfaringer med å bli utsatt for krenkelser fra viktige personer rundt dem, og når det blir utøvd tvang kan dette bli forsterket (21). Det har derfor stor betydning hvordan pasientene blir møtt i situasjoner hvor de blir utsatt for tvang. God dialog er viktig for å skape relasjoner og felles virkelighetsforståelse (21).

Begrunnelse for vedtak om tvang er ikke knyttet opp mot diagnoser, men man må ha en alvorlig sinnslidelse for å bli vurdert for innleggelse med tvang. Etter å ha blitt innlagt blir pasientene undersøkt og diagnostisert. Det kan være slik at diagnosen er feil, fordi pasienten kan ha uklare symptomer, er ruset eller ønsker å fremstå som syk. Spesialisten som er vedtaksansvarlig kan også gjøre en feil vurdering av symptomene ut ifra den aktuelle situasjonen. Pasientens evne til å forstå sin egen situasjon kan også påvirke egen lidelse. Pasienterfaringer fra rapporten «Som natt og dag», gir blant annet eksempler på hvordan opplevd tvang kan påvirke relasjonen og kommunikasjonen mellom pasienter og personalet negativt (22).

I NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, blir det foreslått at det bare er autorisert helsepersonell som kan vurdere pasienten før, under og etter at tvangstiltak er gjennomført (2). Det forutsetter at personalet har spesialkompetanse til å gjøre disse vurderingene. Det kan være en sikkerhet både for den som gjør vedtak og for



KREVENDE PASIENTER: TUD-pasientene er en behandlingskrevende gruppe hvor 93 prosent har schizofrenilidelser og omtrent 1/3 av disse har rus som tilleggspenning. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

pasienten. Situasjonen rundt en vedtaksavgjørelse kan ha stor betydning for hvordan pasienten opplever situasjonen. Hvis pasienten er forvirret og engstelig er det ikke sikkert at vedkommende forstår hva som skjer.

Føringer

Lovverket setter tydelige rammer for hva gjennomføring av tvang skal omhandle. Både psykisk helsevernloven med forskrifter og pasientrettighetsloven gir detaljerte beskrivelser av hva lovene omfatter (1). Lovverket sier imidlertid ikke noe om innholdet i selve behandlingen, og hvilken kompetanse personalet som følger opp pasienter med TUD-vedtak bør ha. En del av kritikken mot bruk av tvang er rettet mot selve innholdet av behandlingen (22). Det er avgjørende at personalet kjenner lovverk og rettigheter, slik at de blir fulgt opp etter intensjo-

nen. Lovverket regulerer grunnlaget for å bruke tvang i tillegg til at det gir rettigheter til pasienter og pårørende og gir tydelige føringer for kontroll ved bruk av tvang

(1). Lovverket er i midlertidig omfattende, detaljert og krevende å sette seg inn i. Studien fra Innlandet viste at det var områder som er lovregu-

«Det er viktig at det finnes rammer for hva oppfølging og behandling skal inneholde»

lert som ikke ble fulgt opp, bl.a. manglet mange av pasientene i studien navngitt kontaktperson og en individuell plan (7). Kritikken fra pasienter og pårørende om manglende behandling kan skyldes at



Referanser:

1. Lovdata. (2014). Lokalisert 12.2.2014: www.lovdata.no
2. Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. (Norges offentlige utredninger (NOU) 2011:9). Oslo: Departementet.
3. Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. (Rapport IS-1370) Oslo: Departementet
4. Helsedirektoratet. (2009). Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet 2009–2014. Prioriterte anbefalinger utarbeidet av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Tromsø: Tvangsforskning
5. Syse, A. (2007). Psykisk helsevernloven med kommentarer. Oslo: Gyldendal.
6. Helsetilsynet. (2006). Bruk av tvang i psykisk helsevern. (Rapport nr. 4. 2006). Oslo: Helsetilsynet.
7. Løvsetten, M. (2012). Bruk av tvungent vern uten døgnbehandling. En kvantitativ studie. Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark.
8. Cullberg, J. (2005). Psykoser – et integrert perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget.
9. Helsedirektoratet. (2008). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. (Rapport IS-1554). Oslo: Helsedirektoratet.
10. Rør, E. (Red.). (1997). Vold og psykiatri- om forståelse og behandling. Oslo: Tano Aschehoug.
11. Muser K.T. m.fl., (2006). Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget
12. Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Psykisk helsearbeid for voksne i

de har erfaring med at ordningen ikke fungerer etter intensjonene. Da pasienten bor i kommunen, men er pasient i spesialisthelsetjenesten, er det viktig at det finnes rammer for hva oppfølging og behandling skal inneholde.

Oppsummering

Omfanget av TUD utgjør bare 1,1 % av pasienter i Psykisk helsevern i Innlandet (7). Det er en liten, men behandlingskrevende gruppe hvor 93 % har schizofrenilidelser og ca. 1/3 av disse har rus som tilleggspromblem. Selv om 2/3 av TUD-vedtakene er begrunnet med behandlingskriteriet, finnes det ingen klare nasjonale føringer for hva behandlingstilbudet til TUD pasienter skal inneholde foruten kontroll og medisinering. Dette reiser mange etiske spørsmål i forhold til hvilke rettigheter pasienten bør ha, og hva behandlingstilbudet skal inneholde når man mottar behandling mot sin vilje. ■

kommunen. (Veileder IS- 1332). Oslo: Departementet

13. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2014). Skadereduserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psyko farmaka. Erfaringskompetanse. no 2014:1, 2 utg.
14. Frost, T. (2009). Fra likestilling til likeverd. Hummelvoll, J. K. (Red.). Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. (Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 14, s. 97-113, 2009) Elverum: Høgskolen i Hedmark.
15. Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICN's etiske regler. Oslo: Sykepleierforbundet
16. Ordnett. (2014). Lokalisert 12.2.2014: www.ordnett.no
17. Helsedirektoratet. (2009). Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i det psykiske helsevernet. (Rapport Juni, 2009). Oslo: Helsedirektoratet.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). Helhet og plan i sosial og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. (Norges offentlige utredninger (NOU) 2004:18). Oslo: Departementet.
19. Rådet for psykisk helse. (2010). Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av tvangsinleggelse til psykisk helsevern. Oslo: Helsedirektoratet
20. Henriksen, J. O. & Vetlesen, A. J. (2006). Nærhet og distanse. (3.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
21. Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Oslo: Universitetsforlaget.
22. Norvoll, R. & Husum, T. L. (2011). Som natt og dag – om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang. (Rapport, AFI- notat nr. 9.2011). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, Rådet for psykisk helse & Sintef.

Vanskelig å forutse selvmord blant barn

Barn og unge som tar sitt eget liv er til forveksling lik sine jevnaldrende.

Barn som tar sitt eget liv er ikke nødvendigvis tristere enn andre barn, fortalte psykiater Anne Freuchen da hun holdt foredrag på årsmøtet til SPOR i Vest-Agder.

I sitt doktorgradsarbeid har Anne Freuchen undersøkt omstendigheter rundt barn og unge i alderen 10 og 15 år som har tatt selvmord. Hun fant blant annet at få av barna som tok livet sitt hadde en depresjon eller en annen psykisk lidelse. Freuchen sa at det derfor er vanskelig å forutse selvmord blant barn og unge.

Freuchen har lenge vært opptatt av de triste barna. I sitt doktorgradsarbeid brukte hun psykologisk autopsi, som er en metode for å danne seg ett bredt og sammensatt bilde av den døde og livsvilkårene barnet eller ungdommen levde under.

Foreldre ble intervjuet

I Freuchens studie deltok foreldre av 42 barn som hadde tatt livet sitt i perioden 1993 til 2004. I kontrollgruppen deltok i samme studie foreldre til 42 barn som hadde blitt drept i bilulykker i samme tids-



DØDSTANKER: En del barn og unge som gjorde selvmord hadde opplevd tap eller konflikt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

periode, slik at Freuchen intervjuet en stor gruppe foreldre i sin studie for å undersøke om det var noen forskjeller sammenliknet med de barna som tok sitt eget liv.

I studien inngikk også foreldre til 410 barn i Bergen (2002-2008).

Avskjedsbrev

18 av de 42 barna hadde skrevet avskjedsbrev. Innholdet i brevet var forbausende like til de 18 barna. Nesten alle var håndskrevet og de var tydelige, og hadde et

budskap til de som ble igjen. De forklarte hvorfor de ønsket å dø, og erklærte sin kjærlighet til foreldre og søsken. Brevene inneholdt instruksjoner om penger og ting de var glad i, og hvem som skulle arve de enkelte eiendelene deres.

Barna som tok livet av seg hadde vist mer interesse for selvmord. De hadde oftere opplevd tap og flere av dem var i en konfliktsituasjon før selvmordet, men konflikten ble ikke oppfattet som alvorlig av de voksne som var rundt barna. Det er viktig å bemerke at disse faktorene ikke var så synlige at foreldrene ble bekymret. Ifølge Freuchen var de som tok sitt liv i det store og hele til forveksling lik sine jevnaldrende.

Lytt til små og store problemer

Barns muligheter og evner til å håndtere det de opplever som store vanskeligheter, ser ut til å spille inn ved selvmord. Viktig budskap ifølge Anne Freuchen, er å lytte og være til stede for barna. Selv de små bagateller oppleves som endelige og det er derfor viktig for barna at vi som foreldre og de nære voksne er til stede i barns liv. Få av barna hadde oppfølging eller behandling ved avdeling for barn og unges psykiske helse (abup) eller psykologisk rådgivingskontor (PPT). ■



Tekst Bodil Bakkan Nielsen, master psykisk helse/ klinisk spesialist i psyk.sykepl.

■ Myter om selvmord

- De som snakker om selvmord tar ikke livet sitt.
- De har en psykiatrisk diagnose
- At det å snakke om selvmord – setter de på ideen.
- Barn tar ikke livet sitt
- De som prøver å ta livet sitt er ute etter oppmerksomhet

Felleskap gjør diagnose uviktig

Møteplasser i et lite lokalsamfunn kan bidra til å redusere stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser.

I små samfunn er det lett å bli satt i bås om man får en diagnose som forteller at man har en psykisk lidelse. Ryktet kan spre seg fort.

Folk er folk

Gjennom min jobb som psykiatrisk sykepleier i en liten kommune i Nordland har jeg sett verdien av å skape møtesteder for hele befolkningen. Det bidrar til at folk ser hverandre som folk, og ikke som en diagnose.

Jeg vil i den forbindelse fortelle om turer til en øy langt til havs i Nordland, om reiser til Spania og strikketurer med en ferge som handler om mye mer enn strikking.

Under markeringen av Verdensdagen for psykisk helse setter 50 mennesker kursen mot en øy langt ute i havet for å være sammen hele dagen. Små og store, gammel og ung. «innfødt» og gjest. Her er de ristet sammen som

mennesker, og forholder seg til hverandre uten å se på skavanker og diagnoser.

Dampende måltid, mennesker som trives og hygger seg sammen i avslappende omgivelser. Angsten og de plagende hverdagstankene for dem som sliter med det ligger igjen på fastlandet. Livet fylles med ro i samvær med andre. Kanskje kjenner man til og med at man har en egenverdi. Opplevelsen av å være en del av et fellesskap av mennesker der jeg kan være meg selv og bare det.

Kaffen på Karenstua før konserten i det gamle bedehuset gjør at roen senker seg. Det blå lyset siger inn fra havet, og pusten fra menneskene dugger på de gamle vindusrutene. Det oser av tilstedeværelse og tilhørighet, og det oppleves som om menneskene har funnet hverandre i et slags felles rom der hvem du er og hva du er ikke har betydning.

Albir

Et fly letter fra Værnes, og setter kursen mot Alicante i Spania. Om bord sitter 20 forventningsfulle mennesker med sine ulike liv og sine historier. Noen med liv styrt av plagsomme symptomer fra psykiske helseplager, som krever stor oppmerksomhet i deres hverdag. Andre lener seg tilbake i flysetet og drømmer om en pause fra hverdagslivets trivialitet og grå vaner. Noen vil bare ha ferie sammen med sambygdinger, og ser frem til det.

Det alle har felles er at de har sagt

at de ville være med på en tur der alle som hadde lyst var invitert. Ikke på bakgrunn av spesielle kriterier eller helseplager, men ut fra lyst til å være med på tur sammen med andre fra dette lille samfunnet.

Roller endres. Fra å være plaget og til dels hjelpetrengende selv, snus situasjoner der man blir en ressurs for andre som trenger hjelp og støtte. Å kjenne ansvar for andres ve og vel kan være et pluss for en selvtillit som i utgangspunktet er ganske skjør.

Fergestrikk

Å ta utgangspunkt i de lokale forutsetningene for å skape møteplasser kan være en god idé. Til og med en ferge som går i sin faste rute mellom holmer og skjær kan fylles med snakkende og strikkende mennesker, menn og kvinner, gammel og ung, kaker og kaffe år etter år.

På hvert anløp står forventningsfulle mennesker i alle aldre, med alle typer livshistorie i bagasjen. De bare venter på å slippe om bord. Gammelt og nytt skal deles, mens de strikkekyndige lar pinnene klimpre i takt med oppskrifter og gitarspill. Også menn har sin plass her, til tross for manglende strikkeferdigheter. Menn som har beina godt plassert i en tradisjonell mannsrolle. Her spør ingen om du har en diagnose eller andre særegenheter som kunne gitt grunnlag for et stempel i panna.

■ Kurt Lyngved

Kurt Lyngved jobber som virksomhetsleder i Batteriet Nord Norge, som er en del av Kirkens bymisjon i Bodø.

- Denne artikkelen ble skrevet på bakgrunn av hans arbeid som leder av psykiske helsetjenester i Rødøy kommune, der det å skape felles møteplasser for hele befolkningen var en bevisst strategi.
- Lyngved er leder av NSF's Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus.



FELLESKAP: Når psykisk syke og friske møtes til hyggelig samvær, bygges fordommer ned og vennskap oppstår. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Bokstavelig talt er vi alle i samme båt på alle måter.

Planlagt av psykisk helsetjeneste

De tre beskrevne aktivitetene er alle eksempler på tiltak som ble planlagt og gjennomført av den psykiske helsetjenesten i en liten kommune i Nordland.

Å skape møteplasser kun for mennesker med psykiske lidelser i dette lille miljøet, ville kunne bidra til utenforskap og opplevelsen av å være annerledes. I stedet ville vi skape et bredt og samlende tilbud til hele befolkningen, der målet var å inkludere så mange som mulig.

Prøve å alminneliggjøre

Når vi inviterte til våre arrangementer gikk vi bredt ut, og henvendte oss til hele befolkningen. Det var mange i kommunen som hadde behov for steder

å møtes, uten at de hadde noen form for helseplager eller psykiske diagnoser. Begrepet psykisk helse prøvde vi å alminneliggjøre ved alltid å påpeke at alle har en psykisk helse.

«Man blir en ressurs for andre.»

Til grunn for arbeidet vårt med å skape slike felles møteplasser lå et ønske om å fremme god folkehelse blant innbyggerne. Vi tenkte at tiltakene totalt sett både virket forebyggende og lindrende.

Ville skape gode minner

At alle i kommunen skulle oppleve seg som en del av lokalsamfunnet var et stikkord for oss i tjenesten. Vi hadde

også en tanke om at planleggingen, forventningene og gjennomføringen ville skape gode minner blant folk.

I seg selv så vi dette som helsefremmende. Vi mente dessuten at det ville åpne for etableringer av nye sosiale nettverk, med større grad av inkludering når de var kommet hjem igjen. Vi så at flere opprettet kontakt som ble opprettholdt etter hjemkomsten, og ga grunnlag for telefonsamtaler og møter med hverandre når dette var mulig. ■

Artikkelen er skrevet i samarbeid med NAPHAs skrivekurs.



Tekst **Kurt Lyngved**, leder av NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus



TOK SMUGLEREN: «Tollvesenets narkotikahund Petra gjorde litt av et varp!» skrev Aftenposten 29. juli 1981. Petra hadde samme dag avslørt en belgisk kvinne på Fornebu Lufthavn med 3,5 kg hasj.

2013 var rekordår for Tollvesenet. Aldri før har de gjort så mange narkotikabeslag. Det ble gjort nær 4 000 beslag, som omfattet betydelige mengder amfetamin, kokain, heroin, cannabis, khat og narkotiske tabletter. Narkotikabeslagene var på nærmere tre millioner brukerdoser til en gateverdi på om lag 400 millioner kroner.

Tollvesenets største beslag av hasj gjennom tidene var på 960 kilo og ble gjort i Flekkefjord i 1998.

Kilde: Tollvesenet/www.toll.no og Scanpix.





Hvorfor noen kommuner lykkes bedre enn andre

Ildsjeler, stabilt fagmiljø, brukere som blir hørt og politikere og administrative ledere med interesse for fagfeltet psykisk helse. Dette kjennetegner kommuner som har lyktes best med å gi et godt psykisk helsetilbud etter at øremerkingen fra Opptrappingsplanen tok slutt.

Jeg ser en særlig stor sammenheng mellom engasjementet hos enkeltpersoner, såkalte ildsjeler, og det at kommunene lykkes. Det er derfor viktig at ildsjelene blir tatt vare på slik at de ikke brenner ut. Ildsjeler finner vi både blant fagpersoner, ledere og politikere. Erfaringsvis er det de fagfolkene som har evne til å samarbeide med både brukerne, pårørende, politisk og administrativ ledelse og som har en faglig «tyngde» over tid, som blir værende i stillingene sine.

Det er viktig å løfte fram de kommunene og ildsjelene som lykkes på seminarer og samlinger, både lokalt og nasjonalt. For ildsjelene er dette en bekreftelse på at de gjør en god og viktig jobb. De kommunene som har ildsjeler ser også ut til å rekruttere inn flere dyktige fagfolk.

Sammenhengen mellom en god personalpolitikk, god organisering av arbeidet og et godt fagmiljø er med på å stabilisere tiltakene. Fagpersoner som får veiledning, videreutdanning, etterutdanning og andre «pusterom» i arbeidsdagen holder ut lengre.

Der brukerne blir hørt

Et tidlig og kontinuerlig samarbeid med brukergrupper og enkeltbrukerne fører ofte til et mer tilpasset tilbud, og dermed også et mer varig tilbud. Der brukerne får informasjon om juridiske rettigheter ivaretas blant annet retten til en Individuell plan bedre. Kommuner som har etablert brukerstyrte tiltak og gitt støtte

til brukerorganisasjonene, opprettholder i større grad disse også etter bortfallet av øremerkede midler i 2008.

Interesserte beslutningstakere

En annen faktor som bør være til stede er at målsettingene tjenestene har deles av både den politiske og administrative ledelsen.

Noen kommuner klarte allerede før Opptrappingsplanen startet opp i 1997 å synliggjøre for politikerne de prioriteringer som var viktige for målgruppen. De kommunene som fikk dette til, har også fokus på målgruppen etter at pengeoverføringene gikk over fra å være øremerkede til å gå inn i rammetilskuddet i 2009. De ivaretar psykisk helsetilbudet på tross av det sterkere fokuset somatisk helse har fått gjennom samhandlingsreformen.

Bodø et godt eksempel

Bodø kommune har opprettet en egen rus- og psykisk helsetjeneste som omfatter alt fra hjemmetjenester til støttekontakter. Kommunen har etter 2008 opprettet mellom 10 og 15 nye stillinger. Majoriteten av de ansatte har videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Bodø har også klart å opprettholde lavterskeltilbud som dagsenter og aktivitetssenter.

Somatikken i førersetet

Mens det var øremerking hadde Fylkesmannen kontroll med kommunenes bruk av overførte midler rettet mot målgruppen psykisk syke. Kommunene rap-

porterte hver vår til Fylkesmannen, som kontrollerte at midlene ble brukt til formålet. Kommunene måtte fortløpende vise til politisk vedtatte planer for psykisk helseområdet. De som ikke oppfylte kravene ble gjort oppmerksomme på at hele eller deler av de overførte midlene kunne holdes tilbake.

Det er viktig at de erfaringene som vi har gjort både før, under og etter Opptrappingsplanen blir tatt tak i når vi nå står foran inkludering av psykisk syke og mennesker med rusavhengighet i samhandlingsreformen. Til nå har denne reformen hatt et sterkt fokus på somatisk syke. De ansatte i flere kommuner som har ansvar for psykisk syke har uttalt bekymring for at denne gruppen har blitt en salderingspost i budsjettarbeidet.

De som ikke har lyktes

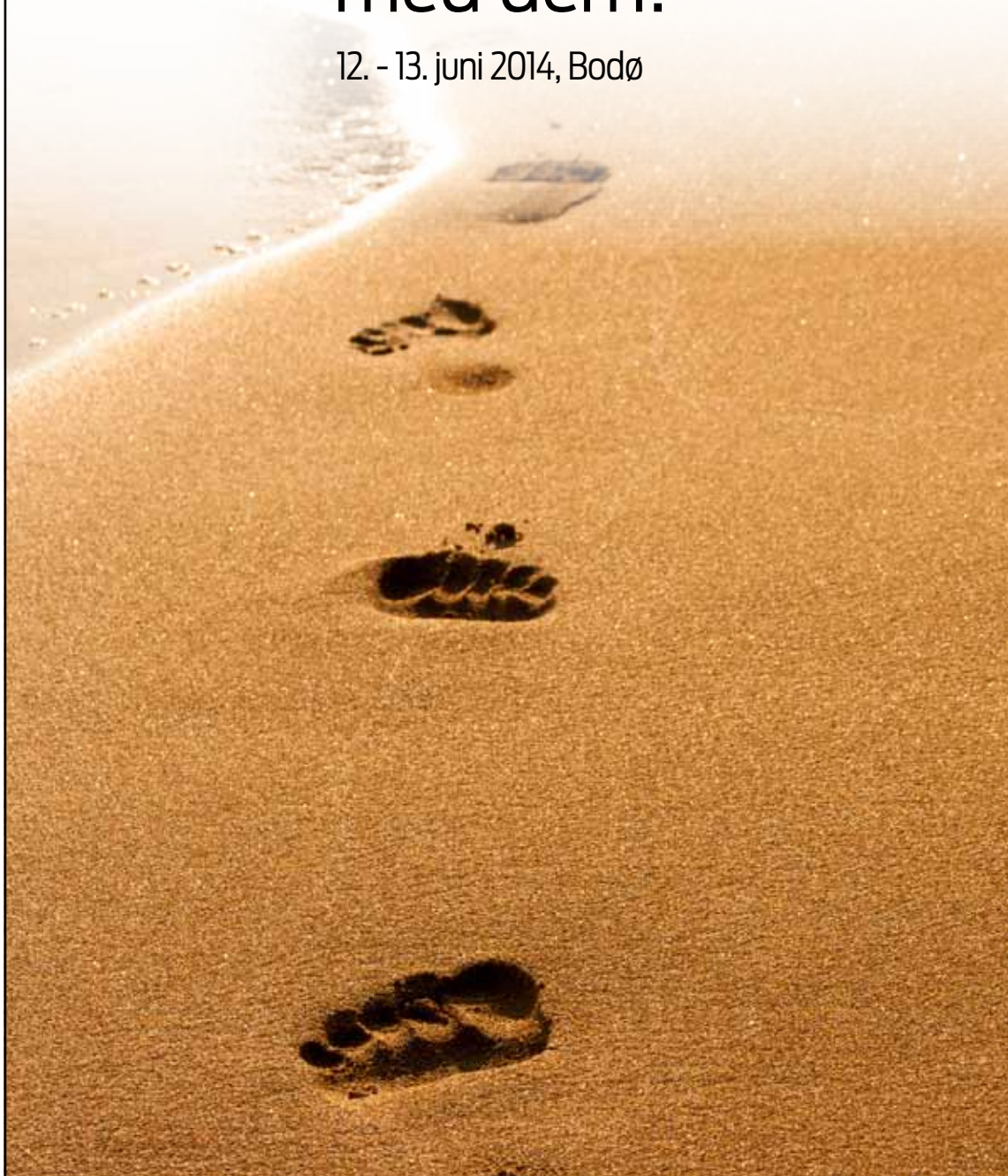
De kommunene som ikke har hatt ildsjelene, ikke de engasjerte og deltakende brukerne og ikke en politisk og administrativ forankring, har så snart øremerkingen var over redusert spesielt de ikke-lovpålagte tiltakene.

Mange fagfolk føler seg alene med stadig mer utfordrende arbeidsoppgaver, og kan søke seg vekk fra kommunen. Et dårlig fagmiljø kan føre til ustabilitet og utskiftninger av fagfolk. Det kan igjen føre til at spesielt de alvorligst syke pasientene blir enda dårligere fulgt opp. ■

Artikkelen er skrevet i samarbeid med NAPHAs skrivekurs

Traumatiske livshendelser – hvordan lever vi med dem?

12. - 13. juni 2014, Bodø



Landskonferansen for SPoR 2014

SPoR Nordland inviterer til landskonferanse i Bodø 11. - 13. juni 2014.

Årets konferanse har fått tittelen

«Traumatiske livshendelser – hvordan lever vi med dem?»

Vårt hovedmål med konferansen er å øke kunnskapen om hvordan traumatiske livshendelser påvirker oss som mennesker og vår psykiske helse. Ved å belyse temaet fra et tverrfaglig perspektiv ønsker vi å gi et mest mulig helhetlig bilde. Slik kunnskap kan gi oss et bedre utgangspunkt i møte med mennesker som har opplevd traumatiske livshendelser. Vi håper at programmet kan engasjere deltakerne på konferansen til deling av erfaringer og refleksjoner. Programmet vil innholde både plenums- og parallellsesjoner med ulike perspektiver. Første dag vil bli viet forskning. Den arrangeres av SPoR sentralt.

De to neste dagene vil bestå av forelesninger fra fagpersoner, brukere og pårørende. Målgruppe for konferansen er alle ansatte innen fagfeltet psykisk helse og rus i kommuner, NAV, helseforetak og private organisasjoner, brukere og pårørende.

Konferansen vil finne sted på **Kulturhuset i Bodø fra 11.- 13. juni 2014**. Skagen hotell er konferansehotell og står for måltider og konferanserom.

På vegne av lokalgruppa SPoR Nordland

Marit Larsen

Komitè:

Leder SPoR Nordland **Marit Larsen**
Styremedlem SPoR Nordland
Siw Elisabeth Olsen
Styremedlem SPoR Nordland **Rita Hove**
Styremedlem SPoR Nordland
Ann Karin Lyngved
Styremedlem SPoR Nordland
Gro A. Ytterstad
Styremedlem SPoR Nordland
Morten Westgård
Brukerrepresentant **Monika Lillehaug**
Brukerrepresentant **Britt Elea Joramo**

11. JUNI 2014 FORSKNINGSEMINAR

Forskning, fagutvikling og erfaringskonferanse innen Psykisk helse og Rus.

12.00	Åpning Velkommen ved Kurt Lyngved, leder SPoR Kulturelt innslag
12.15	Hva var det egentlig som hjalp? Foreløpige funn fra studien «God psykisk helse – fra hva til hvordan». Brukerstemmen via forskerstemmen. Psykiatrisk sykepleier, cand.san.,ph.d. stipendiat Nina Helen Mjøsund
13.00	Pause
13.15	Miljøterapiens betydning for pasienter som strever med psykisk lidelse som følge av tidlige alvorlige relasjonstraumer. Psykiatrisk sykepleier May Bente Hagen
14.00	Pause
14.45	Utdeling av Marie Lysnes stipend
15.00	Ubrukte ressurser i psykisk helsearbeid. Hvordan kan sykepleiere utnytte potensialet som ligger i faget deres bedre? Forskning på pasientjournaler har gitt oss noen svar på dette spørsmålet. Psykiatrisk sykepleier og førstelektor Rune Karlsen
15.45	Pause
16.00 - 18.00	Parallele sesjoner Frie foredrag. Sykepleie innen fagfeltet psykisk helse og rus
18.00	Grillkveld på kulturhuset.

TORS DAG 12. JUNI

- 08.30 **Registrering**
- 09.45 **Velkommen ved leder i SPoR Nordland.** En hilsen fra SPoR Sentralt
Åpning ved varaordfører og anestesilege Tom Cato Karlsen
- 10.00 **Hvordan utviklingstraumer preger barns utvikling og helse.**
Psykologspesialist og doktor i psykologi Dag Ø. Nordanger
- 10.45 Kaffepause
- 11.00 **Hvordan utviklingstraumer preger barns utvikling og helse.**
- 11.45 Pause
- 12.00 **Hva menes med stabiliseringsarbeid?**
Nyttige psykoedukative metaforer og stabiliseringsteknikker til bruk i møte med traumatiserte.
Psykomotorisk fysioterapeut Cathrine Ramm
- 12.45 Lunsj
- 14.00 **Hva menes med stabiliseringsarbeid ?**
- 15.00- 15.45 **Parallelle sesjoner**
A1 Pårørende i krise, Sosionom Susanne Freding Nymark
A2 Når alt håp er ute - hvorfor sperres inne? Tidligere pasienter Maria Banks og Linda Claassen
A3 Traumebehandling i en sykehusavdeling, Psykiatrisk sykepleier Kari Myking
- 15.45 Pause
- 16.00 **Generalforsamling**
- 19.00 Buss til Konferansemiddag på Rønvikfjellet.

FREDAG 13. JUNI

- 09.00 **Tidlig kriseintervensjon etter traumatiske livshendelser**
Psykolog, dr. philos. Atle Dyregrov
- 09.45 Pause
- 10.00 **Tidlig kriseintervensjon etter traumatiske livshendelser**
- 10.45 Pause
- 11.00 **Tidlig kriseintervensjon etter traumatiske livshendelser**
- 11.45 Lunsj
- 12.45 Kulturelt innslag; Villa Vekst koret.
- 13.00- 13.45 **Parallelle sesjoner**
B1 Stemmene innenfra. En historie om mitt liv med dissosiativ lidelse, Bruker Hilde- Kristin R. Soleng
B2 Hva gjør det med meg som psykiatrisk sykepleier å møte mennesker i krise.
Kriseteamet i Bodø
B3 «Fokus fra diagnose til biff og kakao.» Familiens historie.
Kristin, Jostein og Eivind Hunstad
- 13.45 Pause
- 14.00 **Å vokse på kriser**
Prest Odd Eidner

Vel hjem og god helg!

PRESENTASJON AV FOREDRAGSHOLDERNE

Nina Helen Mjøsund er psykiatrisk sykepleier og cand.san., ph.d stipendiat. Hun har jobbet med unge mennesker med en alvorlig psykisk lidelse, og etter hvert mer med fagutvikling og kvalitetsprosjekter. Hun har de siste syv årene ledet en FoU-enhet i Klinikkk for psykisk helse og rus.

May Bente Hagen er psykiatrisk sykepleier, har master i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektivet. Hun har personlig erfaring med vold i nære relasjoner og brukererfaring. Hun arbeider nå med en bok om miljøterapi til mennesker med traumelidelser. Hun mottok i fjor Marie Lysnes stipend for sitt arbeid.

Rune Karlsen er psykiatrisk sykepleier og førstelektor ved profesjonshøgskolen, Enhet for sykepleie- og helsefag, Universitetet i Nordland

Atle Dyregrov, Psykolog, dr. philos, leder Senter for Krisepsykologi i Bergen. Han har i sin karriere arbeidet med barn og familier som har opplevd dødsfall, ulike traume- og krisesituasjoner og arbeidet ved en rekke større ulykker og katastrofer i både inn- og utland. Han har skrevet en rekke bøker, bokkapitler og faglige artikler innen krise- og sorgområdet som er oversatt til mange språk og brukes som grunnlag for hjelp til krise- og katastroferammede.

Dag Ø. Nordanger er psykologspesialist og doktor i psykologi. Han jobber som forsker ved Regional Kunnskapssenter for Barn og Unge i Bergen, med en deltidsstilling ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Region Vest, hvor han tidligere var leder. Hans doktorgrad hadde fokus på hvordan kulturelle forhold påvirker traumereaksjoner og mestringsstrategier. De senere årene har han jobbet mest med forskning og fagutvikling nasjonalt og internasjonalt i forhold til forståelse og støtte til utviklingstraumatiserte barn. Hans senere publikasjoner er innen dette feltet. Han fikk sammen med Hanne C. Braarud i 2012 Bjørn Christiansens Minnepris for mest betydningsfulle bidrag i Tidsskrift for Norsk Psykologforening for artikkelen «Komplekse traumer hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse».

Kristin Hunstad m/ familie vil dele sine erfaringer i forhold til møte med psykisk sykdom, hjelpeapparatet og hvordan det har påvirket familien og deres liv.

Hilde-Kristin R. Soleng fikk i 2006 diagnosen dissosiativ lidelse etter å ha blitt sterkt relasjonstraumatisert etter omfattende overgrep og alvorlig omsorgssvikt fra før fylte tre år. Hun vil i sin forelesning fortelle om hvordan lidelsen har påvirket hennes liv.

Kari Myking er psykiatrisk sykepleier. Hun har arbeidet ti år ved en akuttpost. Fra 2001 har hun jobbet som miljøterapeut og leder ved allmennpsykiatrisk enhet ved Nordlands-sykehuset. Enheten har siden 2004 utviklet seg til å bli en spesialisert traumeenhet. Der har hun deltatt i oppbyggingen av fagkompetansen. Hun har videreutdanningen «Traumer og dissosiasjon» ved nederlenderen Ellert Nijenhuis. Ved traumeenheten jobbes det etter teorien om at traumebehandling inndeles i 3 faser. Hennes innlegg vil ha hovedfokus på fase 1.

Susanne Freding Nymark er sosionom. Hun har erfaring fra jobb i rusomsorg og psykiatritjeneste. Hun er nå avdelingsleder ved N.K.S Veiledningssenter for pårørende i Nord-Norge AS, avd. Bodø. Veiledningssenteret er et gratis tilbud til alle som selv definerer seg som pårørende til en rusavhengig. Senteret tilbyr råd og veiledning, og bidrar til å synliggjøre pårørende sine utfordringer og belastninger.

Cathrine Ramm er spesialist i psykomotorisk fysioterapi og har videreutdanning i traumebehandling både kropporientert og psykoterapeutisk. Av arbeidserfaring har hun jobbet i akuttpsykiatri, DPS og privat praksis. Nå er hun ansatt i KOMPASSET, et prosjekt i Blå Kors med behandlingstilbud til unge (14–35 år) som har vokst opp med foreldre med rusmisbruk.

Odd J. Eidner er prest. Eidner er fast andaktsleder på NRK P1. Han holder foredrag i ulike sammenhenger som ofte omhandler tap og sorg, men også livsglede og arbeidsglede.

Maria Banks og Linda Claassen ble tidlig i ungdomsårene plassert på psykiatrisk institusjon. Det var en kamp om å få hjelp, men også en kamp om å få være pasient. Trykgheten de fikk i institusjon ble til slutt trykgheten som viste seg å bli vanskelig å løsrive seg fra. De fleste barn går gjennom en løsrivningsfase fra foreldre og hjemmets rammer. For

Maria og Linda ble oppveksten på avdeling, og veien ut igjen et av deres største utfordringer. De ønsker å dele sin historie om reisen inn, igjennom og nå ut av psykiatrien.

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Deltakeravgift

- Forskning, fagutvikling og erfaring 11. juni 2014 kr 1650
 - Brukerorganisasjoner og brukere kr 1200
 - Landskonferansen 12.-13. juni 2014 Deltakelse begge dager. kr 3800
 - Deltakelse torsdag eller fredag kr 2000
- I deltakeravgiften inngår faglig program, kaffe, lunsj torsdag og fredag.

Tillegg til deltakeravgiften for ikke medlemmer i SPOR kr 500

Sosiale arrangement

- Get together / grillmat, onsdag kveld kr 250
- Festmiddag / Lavvo kr 500
- Overnatting: Bestilles av den enkelte deltaker direkte til hotellet *Skagen Hotell AS*, tlf. 75 51 91 00. Enkeltrom kr 1 050 / Dobbeltrom kr 1 250
- *Thon Hotel Nordlys*, tlf. 75 53 19 00, oppgi referanse 7897473
- Enkeltrom kr 895 / Dobbeltrom kr 1 095

Påmelding

Påmeldingen må skje elektronisk til tinehelen@hotmail.com
Påmeldingen er bindende.
Registrert påmelding ved betalt kursavgift. Kursavgift betales til kontonr. 1503 40 50 438
Spørsmål vedrørende påmeldingen rettes til Tine Helene G. Johansen
Tlf. 92 28 30 63 eller mail: tinehelen@hotmail.com
Påmeldingsfrist 26. mai 2014.
• Påmelding etter 15. mars 2014 påløper et gebyr på 300 kroner.
• Påmelding etter 15. april 2014 påløper et gebyr på 500 kroner.

Godkjenninger

Konferansen er søkt godkjent av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/ spesialsykepleie.

Ved ønske om innmelding i SPOR kan du henvende deg til torfrid.johansen@vestreviken.no

SPOR Sentralt og SPOR Nordland har også egne facebooksider.

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



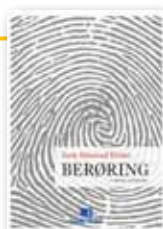
Råd og tips

Boken gir råd og tips som vil være til nytte for folk som skal behandle pasienter med angstlidelser, og for personer som ønsker å håndtere sin angstlidelse på en god måte, ifølge forlaget.

Forfattere er Gerd Kvale og Bjarne Hansen. De forener erfaring med kliniske betraktninger og forskning når de formidler 101 ting som de selv gjerne skulle visst da de begynte å behandle pasienter med angstlidelser.

101 ting vi gjerne skulle visst da vi begynte å behandle pasienter med angstlidelser, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Berøringens betydning

Berøring – i omsorg og lindring er en fagboken om emnet berøring som komplementær behandling.

Boken vil gi en innføring i:

- berøringens betydning for liv og helse gjennom livsløpet,
- huden, berøringens kontaktflate, som organ og sansorgan, og
- utøvelse av taktil berøring som behandling.

Boken er skrevet for studenter og helsepersonell, samt for dem som ønsker å være mer bevisst på berøringens plass i eget liv – som omsorgsgiver eller pårørende.

Berøring, Fagbokforlaget

BOKOMTALE



Positiv psykologi

Den positive psykologien beskjeftiger seg med styrke og vekst i stedet for å ta utgangspunkt i problemer. Positiv psykologi er et bredt fag- og forskningsfelt som fra ulike vinkler undersøker hva som bidrar til at mennesket utvikler seg og fungerer optimalt.

Forfatteren av denne boken presenterer et bredt spekter av metoder som benyttes på feltet i dag. Bokens andre del inneholder kapitler forankret i kritisk psykologi og diskuterer likheter og forskjeller mellom de to retningene: positiv og kritisk psykologi. Forfatter er Frans Ørsted Andersen

Den positive psykologiens metoder, Gyldendal

BOKOMTALE



God kommunikasjon

I boken gir erfarne klinikere og forskere svar på hvorfor god kommunikasjon mellom kliniker og pasient fører til bedre helse. Bidragene er basert på forskning og klinisk hverdag.

Det å møte og kommunisere godt med pasienter, er et sentralt aspekt ved arbeidet i helsetjenesten. God kommunikasjon er avgjørende for pasientens tilfredshet, og kan ha direkte innvirkning på pasientens mestring og helse. I tillegg fører god klinisk kommunikasjon til mer informerte pasienter, lojalitet til behandlingsopplegget og lavere ressursbruk.

Klinisk kommunikasjon i praksis, Universitetsforlaget

Kan simulering foreberede studentene til praksis?

Sykepleierstudenter ved Høgskolen i Ålesund øver på å behandle pasienter med psykiske lidelser, ved å møte med mennesker som simulerer at de er syke.

Av **Sven Inge Molnes og Ingunn Klauset Hunstad**, Høgskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Ålesund

Formålet med sykepleieutdanningen er ifølge rammeplanen (1) å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjon. Ifølger rammeplan (1) til bachelor i sykepleie gir denne utdanningen kompetanse til å arbeide både i kommune- og spesialisthelsetjenesten med pasienter i alle aldre og i alle faser av sykdommen. Det vil si at utdanningen skal føre frem til kompetanse der sykepleiestudentene skal være i stand til å møte pasienter og deres pårørende i ulike deler av helsetjenesten og i alle faser av pasientens sykdom. Sykepleiestudentene trenger trening i å se helheten i situasjonen, kunne handle når pasientens situasjon forverrer seg, kunne kommunisere med pasienten og pårørende. Mye av denne trainingen (kompetansehevingen) vil finne sted i studentenes praksisstudieperioder. Disse praksisstudieperiodene er korte, og det er mye studentene skal fokusere på. Pasientene skal bli møtt på best mulig måte, samtidig som sykepleiestudenten skal beherske ferdigheter med krav til kvalitet og sikkerhet. Hvordan kan utdanningen legge til rette for læring (eller treningssituasjoner) som fører til denne kompetansen? Hvilke pedagogiske metoder kan anvendes for å fremme læring i disse situasjonene?

Ved høgskolen i Ålesund ble det i 2012 avsatt midler til å innføre simulering som pedagogisk metode i avdeling for helsefag. Flere høyskoler i inn- og utland har nå tatt i bruk simulering som en av sine pedagogiske metoder i sykepleieutdanningen, og flere fag- og forskningsartikler viser at dette er godt mottatt av studentene som opplever økt grad av læring under simulering. Simulering handler om å bli tryggere i eget yrke og fører til at sykepleiestudentene husker bedre og har større læringsutbytte når de simulerer det de skal lære (2,3). Ved bruk av simulering kan studentene og helsepersonell opparbeide et kompetansenivå

for møte med pasienten. Simulering som metode gir deltakerne mulighet til en kritisk refleksjon omkring egen og andres aktivitet i scenarioet. Det gjør studentene mer bevisst på kompleksiteten og dermed viktige detaljer under scenarioet (2,4).

Simulering har i de siste årene fått en sentral rolle i opplæringen av helsepersonell i sykepleie- og legeutdanningen, i spesialisthelsetjenesten, utrykningstjenester, og det arbeides med å etablere kurs for kommunehelsetjenesten. Simulering har vist seg å være nyttig i forbindelse med kompetanseheving, ferdighetstrening og til beslutningstaking, kommunikasjon, samarbeid og ledelse. Simulering har flere fordeler sammenliknet med mer tradisjonelle undervisningsmetoder. Det viser seg at simulering virker i større grad motiverende for opplæring, og den er mer effektiv. Simuleringen er fleksibel og anvendelig, den øker overføringsgraden av læring, og ikke minst så kan den tilpasses forskjellige utdanninger og læringssyn (5,6,7). Simulering er et forsøk på å etterlikne virkeligheten. Når studentene skal gjennomføre simulering, kreves det en del forberedelser før de kan delta. Simulering forutsetter kombinasjon av læremetoder. Studentene må tilegne seg teoretisk kunnskap, som er faktabasert kunnskap, basert på forskning, teorier, modeller, lover og regler som danner grunnlaget for å forstå hvorfor og hvordan de skal utføre sykepleie i de ulike situasjonene. Videre må de ha tilegnet seg praktisk kunnskap som innebærer å ha de nødvendige ferdighetene som det kreves for å utføre sykepleie. Denne kunnskapen er konkret og utvikles gjennom erfaring og utøvelse. Vi legger også vekt på at studentene har etisk kunnskap, som innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det kommer frem i deres holdninger og handlinger. Egne verdier, holdninger og menneskesyn er med på å påvirke avgjørelsen på hva som skal gjøres eller ikke

gjøres. Dermed har man et grunnlag for å gå inn i den rollen man vil ha i praksis hos pasienten, og kan utføre en så realistisk jobb som mulig under simuleringen.

Kan simulering ha en større nytteverdi enn forelesninger? Hrepic, Zollmann og Rebello (8) hevder at bare 10 prosent får med seg stoffet under forelesninger. Ved simulering viser det seg at 80 prosent husker det de har vært gjennom. Forskning viser at medisinsk simulering som læremetode gir kunnskap som huskes lengre enn tradisjonell undervisning fordi den er skapt gjennom selvopplevd praksis med etterfølgende diskusjon, noe som også virker sterkt motiverende (9).

En tydelig aktiv deltakelse i læringsprosessen resulterer i mer effektiv læring, og et større engasjement. Det handler mye om «learning by doing». Studenter som simulerte, opplevde større grad av læringsutbytte fordi de kunne reflektere over pasientsituasjonen, sammenliknet med dem som diskuterte samme scenario i grupper (2). Simulering går ut på å gi studentene mulighet for å trene på akutte situasjoner i trygge omgivelser. Kunnskapen blir synlig gjennom handling og dermed tilgjengelig for diskusjon. Gjennom simulering som pedagogisk metode har en anledning til å analysere kunnskapen. Simulering kan ses på som en videreføring av mester-svenntradisjonen. Hovedfokus for begge er læring gjennom aktivitet og samspill mellom forskjellige aktører. Det pedagogiske grunnlaget for simulering er å lære ved å gjøre, og som kommer fra Deweys «learning by doing». Det forutsetter en læringsprosess preget av refleksjon rundt teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse. Schön (10) skiller mellom to typer refleksjon: «reflection in action» og «reflection on action». Under refleksjonen skapes nye forslag til løsninger eller forståelse av de utfordringer en står over for, slik at når man neste gang står overfor en tilsvarende situasjon utløses «reflection in action». Man vil da være bedre i stand til å hente frem den nye atferden man har planlagt å bruke.

En studie viser at simulering har en klar positiv effekt på læringsutbyttet. Det er vanskelig å skulle måle effekten av simulering, men denne studien ser på den samlede effekten bruken av simulering i undervisning har på læringsutbyttet. Ved å benytte simulering oppnås læringsutbytter på kunnskap, ferdigheter og atferd (11). Simulering tar sikte på å forberede studentene på ulike situasjoner de vil møte i praksis og hindre at studentene møter uforberedt på reelle pasientsituasjoner. Det forutsetter en læringsprosess preget av refleksjon rundt teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse. Simulering handler om å bli tryggere i eget yrke og fører til at sykepleiestu-



ØVELSE: En person spiller psykisk syk, slik at studenten får øve seg på å behandle pasienter. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

dentene husker bedre og har større læringsutbytte når de simulerer det de skal lære (4,12). Helse- og omsorgsdepartementet (9) framhever i en høringsuttalelse, «framtidens helsetjeneste» - pasientsikkerhet, betydningen av medisinsk simulering som et nyttig redskap i arbeidet med pasientsikkerhet. De viser til den internasjonale standarden (EUSim) og hevder at medisinsk simulering som metode har vist seg å være et velegnet pedagogisk verktøy. De mener at akuttteam som trenes sammen får et løft når det gjelder beslutningsevne, samhandling og kommunikasjon. Medisinsk simulering som læremetode gir kunnskap som huskes lengre enn tradisjonell undervisning fordi den er skapt gjennom selvopplevd praksis med etterfølgende diskusjon, noe som også virker sterkt motiverende.

Eksempel på gjennomføring

For at studentene skulle få et godt utbytte av dagen, var det viktig med planlegging. Studentene ble inndelt i seks grupper med fem-seks studenter i hver gruppe.

Scenarioet som vi utarbeidet for våre studenter i bachelor i sykepleie var en situasjon sykepleiestudentene må ha kunnskap om og kan mestre på en trygg og god måte. Pasienten er innlagt ved distriktspsykiatrik

senter. Pasienten, kvinne 35 år, har bipolar lidelse og er nå i en manisk periode. For tiden sover hun bare få timer om natten, spiser lite og har hele tiden uro i kroppen. Målet for oppholdet er at hun skal oppnå et stabilt stemningsleie og planlegge oppfølging fra den kommunale helsetjenesten etter utskrivning. Når studentene kommer inn på stuen møter de en kvinne som prater kontinuerlig både med medpasienter og personale og klarer ikke selv å stoppe talestrømmen. Kvinnen blir lett irritert når personalet begrenser aktiviteten hennes.

Læringsutbyttene til scenarioet var å anvende ulike kommunikasjonsferdigheter og egostyrkende sykepleieprinsipp. Her var det lagt vekt på grensesetting og fysisk omsorg.

Slike situasjoner kan man som sykepleiestudent møte både i hjemmet, på distriktspsykiatrisk senter og på sengepost. Tilstanden til pasienten kan forverres raskt og det er av stor betydning å handle riktig.

Fasilitator har formell opplæring i form av kurset Train-The-Trainer (TTT). Dette er et kurs med teori om pedagogikk for voksne, strategier for læring, kommunikasjon og trening i å utføre simulering. Skal man drive med simulering som pedagogisk metode er det nødvendig å tilegne seg en slik kompetanse. Fasilitatorrollen innebærer å være til stede, observere hva som skjer, være tilgjengelig for spørsmål og avslutte scenarioet når situasjonene tilsier at det er tid for dette.

Denne studentgruppen har gjennomført simulering tidligere, så vi hadde ikke en innføring om simulering som pedagogisk metode før vi gikk til simuleringssenteret. Vi har vært tydelig på hva som forventes av den enkelte, og lagt stor vekt på taushetsplikten. To studenter ble sykepleierstudenter (det er viktig at de har den rollen som de vil få i praksis), og de resterende ble observatører. Disse fikk i oppgave å observere hvert sitt læringsutbytte.

Før fullskalasilulering fikk studentene først en kort rapport om hvilken pasient de skulle ta hånd om før de fikk litt tid til å forberede seg mentalt - reflek-

1. Beskrivelsesfasen: Hver student går gjennom situasjonen ved å beskrive så konkret som mulig hva som skjedde uten tolkning og vurderinger, dette tar cirka 5 minutt. Starter oftest med dem som hadde rollen som sykepleiestudenter. Observatøren kan avrunde.
2. Analysefasen: Studentene, unntatt observatør, skal beskrive to til tre ting de gjorde bra. Fasilitator hjelper på vei hvis det er nødvendig. Læringsutbyttene skal være styrende for den faglige refleksjon over simuleringssituasjonen. Tar cirka 20 minutt. Her kan det også være aktuelt å se på videoopptak, dette ble ikke gjort denne gangen.
3. Anvendelsesfasen: Hver student reflekterer over hva og hvordan de vil bruke denne erfaringen til å forbedre sine kunnskaper og ferdigheter, dette tar cirka 5 minutt.

Debriefing beskrives som en viktig del av simulering som pedagogisk metode. Det er viktig å ha fokus på studentenes læring, og at studenten opplever mestring i situasjonen. Fasilitator må være opptatt av og legge til rette slik at studentene går fra simuleringen med en positiv følelse. Bakgrunnen for dette er å få studentene til å artikulere sin tause kunnskap. Studentene skal lære å begrunne sine handlinger ved å trekke inn teori, erfaringer og klinikk.

Erfaringer så langt

Det er første gang vi gjennomfører simulering i psykisk helsearbeid. Vi har erfaringer fra annen simulering der vi bruker pasientsimulatoren SimMan, men i dette tilfelle benyttet vi levende markør, da vi mener at studentene får bedre feedback enn hva de vil få med en pasientsimulator. Dette er noen som blir støttet av Brown (13) som framholder at høyteknologiske dukker stort sett ikke er egnet til bruk relatert til aspekter i det psykiatriske fagfeltet, i og med at det ikke finnes mekanismer for å simulere ikke verbalt språk. Studien viser videre til positive erfaringer ved bruk av annen simulering, som for eksempel video, film og rollespill, innen fagdisiplinen psykiatrisk sykepleie.

En del av studentene har få erfaringer med psykiske lidelser før de starter i praksis, noe som fører til at de gruer seg til praksisperioden i psykisk helsearbeid. De beskriver det som skummelt, og er redd for å møte pasientgruppen. Vi ser det som viktig å framstille ulike realistiske scenarioer som kan være med på å redusere studentenes fordommer og frykt for å møte mennesker med en psykisk lidelse. Videre er simulering hensiktsmessig for å utvikle kommuni-

«Aktiv deltakelse resulterer i mer effektiv læring.»

sjon før handling. Selve scenarioet tok cirka 10-15 minutter avhengig av kompleksiteten - kunnskap i handling. Siste fase i læringsprosessen kalles debriefing, og denne tar lengst tid. Scenarioet ble systematisk evaluert - refleksjon etter handling (3). Debriefing foregår i tre faser:

kasjonsferdigheter. Ifølge Angermeyer og Dietrich (14) så er ikke våre studenter alene om å ha fordommer. Store deler av befolkningen i den vestlige verden har stigmatiserende holdninger. Svært mange oppfatter folk med psykiske lidelser som uforutsigbare og farlige. Fordommer medfører frykt for det ukjente, og sykepleierstudenter er ofte redde i møtet med pasienter som har psykiske lidelser. Negative holdninger hindrer læring, og gjør at relasjonen med pasienten blir dårlig (15,16). Direkte kontakt med folk som har psykiske lidelser har vist seg å ha større innvirkning enn teoretisk (17).

Vi ser at simulering og ferdighetstrening er metoder som skaper engasjement og aktive studenter. Noen studenter ble mer aktive, og dette kan være på grunn av at de føler trygghet med det de skulle utføre. Noen studenter følte et visst press i begynnelsen, de gruet seg for å eksponere seg faglig og personlig for medstudenter. På tilbakemeldingen etterpå kom det frem at de ble svært engasjert av simuleringssituasjonen, og at de etter hvert glemte de som var observatører.

For oss som lærere var det viktig å skape trygghet og en tillit til studentenes presentasjon på simuleringssenteret. Erfaringer så langt tilsier at vi ser viktigheten av å tilby et slikt opplegg for studentene der de har mulighet til å tilegne seg kompetanse ved å øve på reelle situasjoner. Debrifningen er som nevnt med på å øke læringseffekten, og refleksjon skaper rom for diskusjon, spørsmål, dele erfaringer, forbedre handlinger og bearbeidelse av opplevelser.

Tilbakemelding fra studentene var enstemmig om at simulering og trening på praktiske ferdigheter var nyttig som forberedelse til praksis. Flere etterlyste å få trene to ganger etter hverandre på samme scenario. De mente at dette ville føre til at gruppen som simulerte sammen kunne lære av de feil som ble gjort. Det ble delt ut et avkrysningskjema som inneholdt tre spørsmål med plass til egne kommentarer, til alle som hadde deltatt. Totalt 56 sykepleierstudenter deltok. Alle besvarte avkrysningskjemaet. 71,4 % av studentene mente at simulering var en svært bra læremetode, mens 28,6 % mente at simulering var en bra læremetode. 92,9 % mente at simulering har stor nytteverdi som forberedelse til praksis, mens 7,1 % opplevde det som middels.

Videre fikk vi tilbakemelding fra studentene på at temaene var relevante og ga en helt annen innsikt ved hjelp av denne metoden enn bare gjennom teoretisk tilnærming.

Konklusjon

Vi erfarer simulering som en god læringsmetode for sykepleierstudentene. Studentene vil stå overfor krevende utfordringer gjennom sitt arbeid. Muligheten til å øve i ulike situasjoner vil kunne gi dem trygghet, et større handlingsrom og bedre kvalitet på arbeidet de utfører. Simulering som pedagogisk metode stimulerer til engasjement og nysgjerrighet. Videre ser vi at simuleringen er med på å redusere frykten og de negative fordommene for å møte mennesker med psykiske lidelser. ■

Referanser:

1. Rammeplan for sykepleierutdanning. Kunnskapsdepartementet. Fastsett 25. januar 2008.
2. Mikkelsen J, Reime MH, Harris AK. Nursing students' learning of managing cross-infections-scenario-based simulation training versus study groups. *Nurse Education Today*, 2008; 28, 664-671.
3. Reime MH, Harris A, Aksnes J, Mikkelsen J. The most successful method in teaching nursing students infection control – E learning or lecture? *Nurse Education Today*, 2008; 28, 798-806.
4. Rauen CA. Simulation as a Teaching Strategy for Nursing Education and Orientation in Cardiac Surgery. *AACN*, 2004; 24, 46-51.
5. Aase K. Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
6. Alessi SM, Trollip SR. Multimedia for learning. Methods and development. 3rd edition. Massachusetts: Allyn and Bacon, 2010.
7. Brinchmann-Hansen Å, Wisborg T, Brattebø G. Simulering – en god metode i legers videre- og etterutdanning. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 2004; 124, 2113-15.
8. Hrepic Z, Zollmann DA, Rebello S. Comparing Students' and Experts' Understanding of the Content of a Lecture. *Journal of Science Education and Technology*, 2007; 3, 213-24.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat til «Fremtidens helse tjeneste» - Pasientsikkerhet. <http://fremtidenshelsestjeneste.regjeringen.no/tema/pasientsikkerhet/enkeltvar/9689/>. Online (lastet ned 27.1.2014).
10. Schön D. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books, 1983.
11. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, Erwin PJ, Hamstra SJ. Technology-Enhanced Simulation for health Professions Education. A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 2011; 306, 978-88.
12. Østergaard D. National Medical Simulation training program in Denmark. *Critical Care Medicine*, 2004; 32, 58-60.
13. Brown JF. Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing education. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2008; 15(8), 638-44.
14. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006; 113, 163-79.
15. Charleston R, Happel B. Coping with uncertainty within the preceptorship experience: the perception of nursing students. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2005; 12, 303-9.
16. Fisher JE. Fear and learning in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2002; 11, 128-34.
17. Davidson M. What else can we do about stigma? *World Psychiatry*, 2002; 1, 22-23.

Behandling av traumer hos flyktninger

Traumatiserte flyktninger har stort behov for hjelp til å bygge opp selvtilliten og viljen. Den psykiske helsearbeiderens bidrag til bedring og mestring kan være avgjørende for at de skal håndtere og komme gjennom bedringsprosessen.

Av **Balasingam Yogarajah**,
Psykiatrisk sykepleier, Søndre
Oslo DPS

I denne artikkelen har jeg valgt å sette hovedfokus på traumeforståelse, traumbearbeiding, eksponeringsterapi, gruppe samtale, og relasjon for å bidra til bedring og mestring hos traumatiserte flyktninger. Formålet er å belyse hvordan en som psykisk helsearbeider kan bidra til bedring og mestring hos traumatiserte flyktninger.

Her har jeg valgt en psykoterapeutisk arbeidsmetode som eksponeringsterapi, men selvfølgelig inkluderer jeg også andre aktiviteter som blant annet gruppesamtalens betydning når man behandler traumatiserte flyktninger. Jeg har selv erfart flukt fra mitt eget land, og kom til et helt nytt land der jeg i tillegg skulle forholde meg til at jeg skulle vente lenge i mange år, for å vende hjem til det landet jeg var født og oppvokst.

Guribye (2009) beskriver i sin doktorgrads avhandling at tamilenes psykososiale tiltak er basert på en bredere tilnærming. Deres egne ressurser og traumatiske opplevelse brukes som grunnlag for forebyggende arbeid blant unge. Her står betydningen av utdanning, fysisk helse, nettverksbygging og sosialt engasjement i forhold til hjemlandet i fokus. Gjennom samarbeid med ulike fagmiljø er de også i

stand til å organisere konkrete tiltak som er direkte rettet mot for eksempel depresjon og angst. En del flyktninger har alvorlig traumatisering. Ut fra mine observasjoner og erfaringer kan jeg legge merke til har de flyktninger med ambisjoner, og mål klarer seg bedre i møte med motgang. De aktivitetene som kom ut av disse målene og ambisjoner ga inntrykk av å ha forsterket mestringsevnen, selvtillit, stolthet og tilhørighet. Ved å fokusere her og nå, ofte gjennom aktiviteter, ga de inntrykk av beskyttelse mot ubehagelige tanker fra fortiden, selv om flashback kommer av og til.

Relasjon

Relasjon er sentralt innen psykisk helsearbeid. Når det i forholdet mellom to mennesker har utviklet seg bånd, en gjensidig opplevelse av at en betyr noe for hverandre, er det etablert en relasjon. Blant de generelle faktorene ser det ut til at kvaliteten ved kommunikasjon, og relasjonen mellom terapeut og klient er vesentlig for å oppnå en god dialog. I en terapeutisk samtale bør man i større grad fokusere på kompetanse i å skape relasjoner, kompetanse i å skape dialog, og kompetanse i å legge til rette for fruktbart samarbeid. Samtidig er kompetanse med på å gjøre den andres kompetanse, kunnskaper og ressurser tydelige. Vi ser også forskning som peker i retning av at det er relasjonelle faktorer som er mest virksomme i behandlingen (Bøe og Thomasen 2007). Relasjoner krever fleksibilitet og frihet.

Bedring sees på som en prosess der en med psykisk lidelse finner måter å håndtere lidelsen på og som igjen fører til at en kan leve et så meningsfullt liv som mulig. En bedringsprosess går også ut på å finne en slags tilhørighet i det nærmiljøet og nett-

■ Smarter

- Spenning(er)
- Kropp som kilde til ubehag
- Nedsatt yteevne
- Nedsatt kroppsbevissthet
- Nedsatt reguleringskapasitet
- Passivitet (fysisk og sosial)

Kilde: RVTS Vest, Rolf Vårdal sin presentasjon for «Hjelp til hjelpene» 19.4.2013

verket en har rundt seg, og å finne en identitet som ikke omhandler vansker og problemer. Det innebærer å skape seg et liv og en tilværelse på tross av den situasjonen en befinner seg i. Det mest grunnleggende i en bedringsprosess er personens egen innsats og vilje, med eller uten profesjonelle fagfolk (Borg, 2009).

For å forklare begrepene bedring og bedringsprosesser kan man se på Patricia Deegan som selv har hatt psykiske problemer med diagnosen schizofreni. I dag er hun professor i psykologi og arbeider med bedringsprosesser i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Ifølge henne må en bedringsprosess skapes ved at det enkelte mennesket bygger på den ressursen en selv har. Enten det er fra hjelpeapparat, sosiale nettverk eller fra hverdagslivet/ arbeid etc. Patricia Deegan tenker at ut ifra mennesker med psykiske lidelser kan bedring, også kalles recovery, og være en vedvarende og i enkelte tilfeller livslang prosess. Det viktige med denne prosessen er ifølge henne at den det gjelder, altså den som har hatt eller har et psykisk funksjonsproblem selv er ansvarlig for egen bedringsprosess. Bedringsprosesser kan beskrives som et søken etter seg selv. Egen styrke samt egne ressurser blir gjerne sett på som det avgjørende for å komme seg gjennom den vanskelige jobben (Bøe m.fl. 2007).

Fordi samspillet mellom person og omgivelser alltid vil være i forandring, er det ikke mulig å gi en fullendt liste over alle mulige mestringsressurser. Antonovsky (1979) formulerte derfor følgende definisjon for å identifisere mestringsressurser: «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning». I tillegg identifiserte han følgende mestringsressurser, ment som eksempler på hovedområder. Mestringsressurser kan være:

- 1) Kultur. Kulturen gir hver og en av oss en plass i verden. Dersom kulturen bidrar til at det er mestringsressurser tilgjengelig på ulike nivåer, er den sunn og helsefremmende. (Antonovsky 1979). En kultur som stimulerer og muliggjør en persons deltakelse på ulike arenaer, er en god kollektiv SOC som kan fremme hennes/hans SOC, helse og velvære.
- 2) Sosial støtte. Personer som har nære bånd til andre og opplever at en eller flere bryr seg om dem, løser ofte spenning lettere enn de



som mangler slike kvaliteter i relasjonene sine. Vissheten om at man har sosial støtte tilgjengelig er ofte tilstrekkelig for at det skal kunne være en mestringsressurs. Det har en tendens til å øke en persons styrke. Kvaliteten på den sosiale støtten har betydning, og nære emosjonelle bånd er definert som særs viktig (Antonovsky 1987).

3) Religion og verdier. Mennesker kan finne sine mestringsressurser i religionen og føler seg den gir forankring, retning og mening i livet. Religionen stimulerer og muliggjør en persons deltakelse på ulike arenaer, er en god kollektiv opplevelse som kan fremme hennes/hans mestring av helse og velvære.

4) Fysiske og biokjemiske ressurser. Eksempler på fysiske og biokjemiske ressurser kan være god fysikk, gode gener og et sterkt immunsystem. Her refererer Antonovsky til en mulig forbindelse mellom mestring av spenning og immunstyrkende mekanismer.

5) Materielle verdier. Eksempler på materielle verdier er ernæring, klær, penger og bolig.

6) Kontinuitet, oversikt og kontroll. Dette er makro – sosiokulturelle mestringsressurser som bestemmes av kulturen og samfunnet personen er en del av.

7) Mestringsstrategier. Gode mestringsstra-

«Flytting bidrar også til økt risiko for psykisk lidelse.»

tegier kjennetegnes av høy grad av rasjonalitet, fleksibilitet, vidsyn og forutsigbarhet, evne til handling og regulering av følelser.

8) Kunnskap og intelligens. Kunnskap og intelligens er kognitive ressurser. Kunnskap gir innsikt og aktualiserer valg. Handling og beste valg kan styrke opplevelsen av mestring.

9) Ego identitet er en ressurs på det emosjonelle nivå og omhandler opplevelsen personen har av seg selv. Ut ifra teorien, og min egen arbeidserfaring.

Gruppesamtale

Gruppeterapi med flyktninger har vært anvendt i mange år både i Norge og internasjonalt.

Gruppeterapi er en form for psykososial behandling der en liten gruppe pasienter møtes jevnlig for å snakke, samhandle og diskutere problemer med hverandre og gruppeleder (terapeut). Erfaringer og metoder for bruk av kunst og uttrykksterapi i gruppe ble praktisert og utviklet ved Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo (Solveig, D., Sveaass, N., & Varvin, S.2006).

Eksponeringsterapi

Narrativ eksponeringsterapi (NET) er en standardisert korttidsbehandling som kombinerer elementer fra kognitiv atferdsterapi med imaginær eksponering og vitneutsagnsterapi (testimonial therapy). Metoden er utviklet ved Universitetet i Konstanz, Tyskland av klinikere og forskere tilknyttet bistandsorganisasjonen Victims Voice (VIVO). VIVO arbeider for å ivareta menneskerettighetene til personer som har vært utsatt for organisert vold, forfølgelse og tortur (www.vivo.org). Metoden ble opprinnelig tilpasset situasjonen i flyktningleire, hvor behandling måtte gjennomføres på kort tid, være effektiv samt være egnet for komplekse traumer (Schauer, Neuner & Elbert, 2005).

Pasientens livshistorie tas opp på bånd der traumatiske opplevelser integreres i historien. Hver sesjon begynner med at historien leses opp for pasienten, som får mulighet for å korrigere. Ved endt behandling overrekkes det fullendte vitnesbyrdet til pasienten, som signerer dette. Handlingen får et tilnærmet rituelt preg som fordømmer urettferd og overgrep. Terapiformen er anbefalt som et tillegg til andre psykoterapeutiske intervensjoner også på andre pasientpopulasjoner enn overlevende etter tortur (Van der Wheel, 1992). En nyere studie på 23 overlevende etter tortur i India har vært inspirert av NET i utforming av vitnesbyrdet. Pasientene var spesielt fornøyd med seremonien for overleveringen av sitt vitnesbyrd, som ifølge forfatterne ble et vendepunkt i helingsprosessen (Agger, Raqhuvanshi, Shabana, Polatin & Laursen, 2009).

Traumeforståelse og Traumebehandling

For å forstå begrepet traume refererer jeg til et sitat fra en person med trauma «Jeg ser dobbelt. Jeg kan stå på postkontoret og selge frimerker til en gammel dame, og samtidig se soldater som marsjerer mot meg med maskingevær. Jeg må bruke alt jeg har av kontroll for å holde meg bak disken og fortsette å telle penger». Ifølge Anstorp (2008) Traume = sår (krise: subjektivt, en indre ubalanse), Hendelse som overgår personens kapasitet til å integrere.

Hva er krigstraume? Noe som har rammet familiesystemet i motsetning til det individuelle traume. Noe som har rammet kulturen/ samfunnet/ det kollektivet i motsetning til individuelle traumer. De fleste krigsflyktningene opplever at de har mistet hele livet; meningen, håpet, troen, tilliten, og stoltheten.»There is no greater sorrow on earth than

the loss of ones own nativelyland» Euripidis 431.BC (Refugees and mental health, 2002).

Hva gjør den Psykiske helsearbeideren?

En psykisk helsearbeider gjør en grundig kartlegging av flyktningfamiliens situasjon. Da fokuserer man på personlighetsfungering, psykiske og fysiske plager, særlig PTSD, angst og depresjon, sosiale vansker, forhold rundt arbeid og utdanning, personens ressurser og interesser. Det er også viktig at barnas situasjon kartlegges, og eventuelt gir den nødvendige støtten/ hjelpen til barna tidlig fasen. Foreldre med psykiske problemer kan under dårlige perioder, ha en redusert evne til å ta vare på både seg selv og sine barn. Det er viktig at barna får kunnskap om dette (Fjone m.fl.2009). Det er viktig at de som arbeider med flyktning som har opplevd ulik form for trauma har en sosial sensitivitet, og dermed ser derfor hvilken livssituasjon flyktningene er i nå. Når det skjer en kollektiv traumeopplevelse kan det være hensiktsmessig opprette gruppesamtaler både for foreldre og ungdom. Dette som en slags debrifing slik at de involverte kan sette ord på følelsene. Man bør ha mulighet til å sørge kollektivt og snakke sammen. Flytting bidrar også til økt risiko for psykisk lidelser. Her ville jeg henvise til en av de første undersøkelser som er gjennomført av en nordmann, Ørnulv Ødegård (2009). Han fant at norske emigranter i Minnesota i USA hadde en større hyppighet av innleggelse for sinnssykdom enn folk i Minnesota som var født i USA, og også høyere enn folk som på samme tid levde i Norge. Personens funksjonsnivå før traumatisering er viktig å kartlegge Relasjonserfaringer, emosjonsregulering, tidligere traumatisering, kognitiv kapasitet, kulturell kontekst for heling er det lurt å se nærmere på. Personens nevrobiologisk/ kognitive håndtering før – under og etter traumet er også viktig, samt symptomer i dag, og evne til å være i relasjon, skifte fokus, livssituasjon (Anstorp T., 2006).

Når kollektivtraumer oppstår gruppesamtaler, minnestunder, samlinger med sosialsamvær helt grunnleggende. Dette hjelper folk til å trøste seg selv, og trøste andre. Dette har vi opplevd når nasjonale katastrofe oppstår både etter tsunami i 2006, og etter skyting av AUFs Sommerleir på Utøya i 2011.

Behandleren bør også ta hensyn til pasientens kulturelle bakgrunn, livssyn og språkferdigheter. Å være syk, tenkemåte, og oppfatninger av sykdom kan være ulikt kulturelt betinget. Flyktninger som har vært i kortere tid i Norge, og muligens har hatt



DØGNSRYTME: Meningsfylte aktiviteter og god søvn er viktig i behandlingen. Illustrasjonsfoto Colourbox.

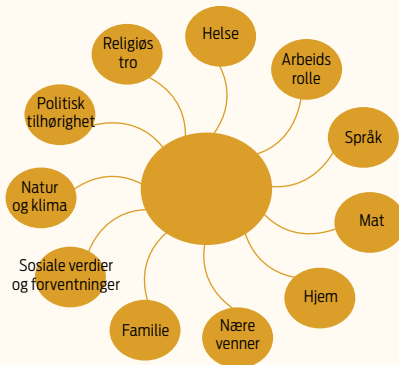
liten tid til å forstå det kulturelle forholdet i Norge, kan ha en annen oppfatning av sykdom enn en flyktning som har vært lengre i landet.

Behandleren bør bruke tid med flyktningfamilien for å oppnå et godt resultat. For å oppnå godt resultat bør man gjøre god planlegging. Det å bygge relasjon er en prosess, og tar ofte lang tid. Helseprofesjonsutøveren må skape tillit. Tillit skaper trygghet. Frykten hos pasienten ligger rett under overflaten, og det skaper stress i kroppen. Frykt og mistillit til andre kan vanskeliggjøre relasjonen. Hvem kan jeg stole på? Hva er sant? Hva er ikke sant? Slike spørsmål kan pasienten ha ut ifra sine tidligere erfaringer fra hjemlandet hvor han/hun ble fengslet. Det å skape tillit er en forutsetning før man kan sette inn tiltak til både de voksne og barna i familien. Tolk er nødvendig når det er språkbarrierer. Generelt trenger flyktninger tid til å lære seg

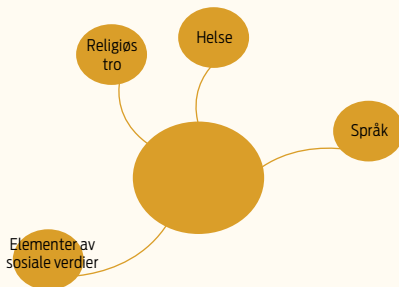
■ Vanlige symptomer hos krigstraumatiserte

- Søvnproblemer, i snitt tre timer per natt, mærritt hver natt.
- Unngåelse av traumet: Bli overveldet av å snakke om alt som kan vekke traumetriggere.
- Kontinuerlig «dobbeltsyn». Kan høre stemmer.
- Daglig dissosiasjon.
- Emosjonelt ustabil: Gråt, depresjon, apati.
- Massiv hodepine.
- Nær relasjon til barna og stor bekymring for barna.
- Store problemer med å tenke og å huske.
- Angst.
- Nummenhet, besvimelser, freeze, lammelser etc. i kroppen. Smerter i kroppen.

Kilde: Tsjetsjenia konferanse.
Psykologspesialist Cecilia Larsen sin presentasjon 13. mai. 2011



FIGUR 1: Det sosiale nettverket før flukten.



FIGUR 2: Det sosiale nettverket etter flukten. Hva eksisterer og hva må bygges opp?

språket godt i det nye landet. Derfor blir tolkning et nødvendig virkemiddel for at fagpersoner skal kunne informere, veilede og høre pasientens informasjon. Det er viktig at behandleren bruker profesjonelle tolker, ikke familiemedlemmer og venner av pasienten.

Tiltak som hjemmebesøk hos isolerte familier er et godt tiltak. I et pilot prosjekt i den østerrikske hovedstaden Wien, får flyktningkvinner som lever isolert med sine barn, besøk veiledning. Målgruppen er familier med barn mellom tre og seks år. De skal lære språk, motoriske ferdigheter og forberedes til skolestart. Slik får mødrene endelig en sjanse til å knytte bånd til majoritetsbefolkningen (Moum, 2012). Vi har også sett et såkalt tamil prosjekt fra Akershus Universitetets sykehus, der Psykisk helsearbeidere besøker vanskeligstilte flyktning familier og gi informasjon, veiledning og samtalerapi. Prosjektet har vist svært gode resultater (Osmundsen, 2011).

Behandling av traume kommer etter en grundig kartlegging av flyktningens tilstand. Det kan da hende hjelperen møter pasienter som har opplevd tortur og fengselsopphold, og fortsatt er deprimert, med mye angst og søvnproblemer. Det er da behov for stabilisering. Pasienten kan ha behov for å snakke om det vonde som hadde skjedd, for så å bearbeide hendelsene. Viktigst av alt er at pasienten får god en normal døgnrytme. Meningsfulle aktiviteter og god søvn er viktig i behandlingen.

Bedring og Bedringsprosess

Jeg snakket med en lege, en flyktning som selv opplevde mange traumer og mistet mange av sin nærmeste medlemmer og venner under krigen. Spørsmål om hvordan han kommer over sine traumer svarte han at familie og barna motiverer til å se lyst på livet framover. Jeg har også snakket med andre som har opplevd traume, og de har også sagt at, meningsfulle aktiviteter hjelper til å komme ut av den onde sirkelen. Helseprofesjonens oppgave blir å hjelpe pasienten til å komme seg videre i livet: Man trenger ikke å holde seg fast til fortiden, og man slipper da å lide av ettervirkningene igjen og igjen. Profesjonsutøverens kontinuerlige dialog med pasienten må utøves med tålmodighet. Det å lære seg å nyte øyeblikket her og nå, kan medføre at pasienten etter hvert utvikler seg til å vekke resiliens, bruke de ressursene rundt seg og mestre sine gjøremål.

Guribye (2009) viser hjelpetiltak ovenfor flyktninger med traumaer slik:

- 1) Involvere ressurspersoner i flyktningens miljø og inkluderes som et ledd i psykososiale tiltak i frivillige organisasjoner.
- 2) Oppsøkende tjenester som retter mot arenaer som brukes av flyktninger regelmessig (templer, kirker, moskeer, innvandrers organisasjoner osv.)
- 3) Ha et fokus på empowerment for å støtte utviklingen av flyktningens egne ressurser og kapasitet for selvhjelp, sosial støtte og informasjonsformidling.
- 4) Fagfolk må ha forståelse og innsikt i traumatiserte flyktningens opplevelse av egen helse, og hvordan de selv opplever egen livssituasjon.

I psykisk helsearbeid er relasjonsbygging mellom profesjonelle og brukere sentralt. Å kunne sette seg inn i pasientens situasjon og opprette en likeverdig relasjon trenger lang erfaring.

Et mål for relasjonsarbeidet er å oppnå en trygg allianse basert på tillit og gjensidig respekt. Psykologene Hill og O'Brian ser samtalen mellom en hjelper og en som trenger hjelp som en prosess over tre

faser: Utforskning, innsikt og handling. Hjelperens oppgaver er forskjellige i de ulike fasene. Positive tanker, positive ord, og positive handlinger har en smitte effekt i miljøet.

Fra lidelse til motstandsevne

Øverland (2012) advarer mot å anta at alle krigsflyktninger er traumatiserte. Internasjonale oversikter viser at gjennomsnittlig 15 prosent av overlevende etter potensielt traumatiske hendelser, får varige mén. Når man har å gjøre med en krigsflyktning som trenger omsorg, er det både mulig og viktig å flytte fokus fra lidelsen over til motstandsevnen. Da kan man avdekke styrker hos den det gjelder, i stedet for problemer, sier hun. Når tilliten er etablert, og flyktningen er åpen for å ta imot hjelp, bør helse- og sosialarbeidere forsøke å få tilgang til vedkommendes egne ressurser: Hvilke egenskaper, tankesett og innstillinger har ført til at han eller hun har overlevd og kommet så langt som de har kommet. Dette kan være til stor hjelp både for hjelperen og for flyktningen selv, sier forskeren, og utdyper:

– En dag, når tilliten til deg er etablert, når de traumatiserte begynner å tro at du vil dem vel, da sier du for eksempel «Du, om det som skjedde i Bagdad. Du trenger ikke fortelle meg om det, for jeg har lest papirene. Jeg vet hva du har vært gjennom. [Her validerer psykisk helsearbeideren at det er tøft, og likevel har du klart seg].

– Det kan stilles spørsmål som: «Det er utrolig at du klarte deg, kan du forklare hvorfor du tror du gjorde det?» Du bør åpne for fri refleksjon, være nysgjerrig, men også respektfull.

Øverland som tok doktorgrad ved Universitet i Agder har analysert historiene til 30 kambodsjaniske overlevende for å finne ut hvorfor de klarte seg så godt, og hva de støttet seg til. Samtlige hadde blitt utsatt for traumatiske hendelser under Røde Khmer-regimet i 1970 årene. Hun finner at tilpassningsevnene blant kambodsjaner er forankret i deres kultur og religion.

Mestringsevnen hviler på en trygghet av å kunne håndtere kriser. For eksempel forteller kambodsjanerne at de under Røde Khmer-regimet hadde full fokus på å holde seg selv og andre i live, og holde oversikt over familien sin. Mottaksapparatet er ikke flinke nok til å ta i bruk ressursene folk fra krigssooner har med seg når de kommer, hevder Øverland. Hun mener videre det er viktig å anerkjenne de traumatiske hendelsene, men like viktig er det å stille spørsmål som oppmuntrer flyktningen til å

fortelle om egen mestringsevne. Jeg kunne også se ut fra min deltakende observasjon blant tamilske flyktninger at de finner sine mestringstrategier for å være mer involverte i religiøse (tempel, kirke) deltakelse, og aktiviteter. Bekrefter min afghanske sykepleierkollega at afghanske flyktninger finner sin trøst, og mestringsevner å involvere seg mer religiøse aktiviteter og gjennom troen på Gud.

Nettverk

Erfaringer viser at pasienter, pårørende og deres nettverk opplevde nettverksmøter som en god arena i (Brottveit, 2002). Ettersom traumatiserte flyktningfamilier ofte har ulikt behov for hjelp kan det være relevant å etablere et slikt nettverksmøte. Det kan det eks. bestå av en psykisk helsearbeider fra DPS, en kommuneansatt, en fra barnevernet, og en ansatt fra skolen. Det er viktig at pasienten følger seg komfortabel i et slikt møte. Familien kan oppleve møtet med et stort antall personer fra det offentlige som krenkende. Det blir derfor viktig å informere familien om at nettverksmøtet er for å hjelpe familien å mestre deres livssituasjon. Traumatiserte flyktninger kan ha vært torturert og fengslet i hjemlandet og de kan være deprimert og ha store søvnproblemer. Når familiefaren er traumatisert og trenger hjelp må vi ikke glemme andre familie medlemmer, kanskje de også trenger hjelp og oppfølging. Samtaler både individuelt og i grupper bør etableres. Traumatiserte flyktningfamilier kan ha vanskeligheter med å etablere fritidsaktiviteter, skaffe seg venner, og forstå de sosiale kodene i samfunnet. Da må hjelperen hjelpe til med å etablere fritidsaktiviteter for barna. Leksehjelptilbud gjennom Røde Kors kan både gi avlastning til foreldre og kan være med på å skape et nettverk for familien.

Helseprofesjonsutøveren må hjelpe til med å bygge opp igjen selvtilliten og viljen (Empowerment) til traumatiserte flyktningen og muligens på denne måten hjelpe dem inn i utdanning eller arbeid. Utdanning og arbeid gir ofte nettverk og sosiale tilhørighet. Barna kan skaffe sitt nettverk på SFO (Skolefritidsordning), leksehjelp, musikk korps eller fotball klubber i nær område for å nevne noe.

Gruppesamtale

Gruppeterapi med flyktninger har vært anvendt i mange år både i Norge og internasjonalt. I denne behandlingen sitter flere personer og en eller to behandlere i en sirkel og snakker sammen. Behandlingen er prosessorientert. Det betyr at det er ikke

noe fast tema, men det er åpent for det hver enkelt måtte være opptatt av der og da. Gruppen møtes minst en gang i uken (90 minutter) og går gjerne over flere uker.

Når krisesituasjonen oppstår etter tsunami i 2004, og avsluttende krigen på Sri Lanka i 2009 fikk det Tamilske senteret i Oslo henvendelser fra tamiler i hele Norge. Organisasjonen samlet og startet da en gruppe som jobbet med å yte hjelp til de som trengte det. De som trengte noen å snakke med kom da til tamilske senteret. Helsefaglige personer var tilgjengelig på mobiltelefon. Ifølge Nilsen og Lippe (1993) bygger terapien på et positivt syn på menneskets evne til vekst og selvutvikling. De mener at det derfor er naturlig å overlate en stor del av ansvaret og initiativet for den psykoterapeutiske prosess til klienten selv. Terapien uten sin hovedoppgave er å reflektere tilbake og tydeliggjøre for klienten hennes egen opplevelse.

Narrativ eksponeringsterapi (NET)

I følge (Milde et al., 2011) Narrativ eksponeringsterapi er en individuell korttidsbehandling for mennesker utsatt for komplekse og vedvarende traumatiske opplevelser og stressbelastninger. Metoden kan være et viktig supplement i behandlingen av blant andre ofre for torturen og politisk vold. Metoden hjelper til minnebearbeiding. Ved traumeminner er det mer enn fryktfølelsen som må bearbeides, for eks. skyld, skam, sinne, forvirring, hjelpeløshet.

Narrativ eksponeringsterapi (NET) har 3 faser. 1) Psykoedukasjon 2) Livslinje (Life live exercise) 3) Narrativ eksponering.

Psykoedukasjon; hjelperen skal jobbe med nor-

malisering av reaksjoner, legitimering, beskrivelse av traumereaksjoner som gjenopplevelser, overaktivering, unngåelse. Informasjon om hva som skjer under behandling og hvorfor.

Livslinje; Hjelperen lager livslinje med oversikt over vonde og gode opplevelser / øyeblikk.

Narrativ eksponering; utforming av livshistorie, fokus på både gode og vonde opplevelser og detaljert gjennomgang av traumehendelsene. Det er også viktig å passe på pasienten ikke går for alt detaljert inn i hendelsene. Behandler skriver resymé av livshistorie under /etter hver time. Påfølgende time starter med opplesning av referat fra siste.

Mine erfaringer og vurderinger

Et ganske stort antall av tamiler i Norge har stått overfor effekten av den katastrofale situasjonen i Sri Lanka i 2009. Tamilene, særlig her i Norge har et stort antall familiemedlemmer og slektninger i byen Vanni som ble fanget i kryssbranner mellom Sri Lankas hær og LTTE (Liberation Tigeres Of Tamil Eelam). Den Srilankiske hæren fortsatte bombingene til tross for bunkere der tamilene prøvde å søke tilflukt. Luftforsvaret slapp klasebomber, og brukte kjemiske våpen. Grusomhetene er ubeskrivelige. Denne opplevelsen er generell for eksiltamiler over hele verden, og særlig i Norge. Folk var triste, dypt såret, forvirret, og deprimerte. Det var mange som hadde mareritt, de led av mangel på søvn, manglende evne til å spise og klare ikke å gå på jobb. Barna klarte ikke å konsentrere seg om skolearbeid, og foreldrene sto overfor utallige psykososiale traumer. Det var på denne tiden jeg som leder av frivillig organisasjon arrangerte flere kurs,

TIDLIG HJELP: Det er viktig at barnas situasjon kartlegges, og gis den nødvendige hjelpen i tidlig fasen. Illustrasjonsfoto Colourbox.



seminarer, minnestunder og samlinger som trøst for hverandre og for å gi profesjonelle hjelp til de som trengte. Disse samlingene ga felles trøst. De som fikk snakket om sine problemer på eget språk.

Flyktninger som er traumatiserte har ofte språk problemer. Kulturen kan også hindre dem å oppsøke det offentlige helseapparatet. Det er viktig og finne alternative metoder for å møte disse utfordringene. Et samarbeids prosjekt Akershus Universitetssykehus ved Senter for helsefremmende arbeid, Tamilk Ressurs – og veiledningssenter, Regionssenter om vold, traumatisk stress og selvmordforebygging, Oslo kommune og Folkehelseinstituttet. Har gitt positive resultater for norsktamilene. Fagfolk har også fått nyttige erfaringer. Fortsatt er det behov for samarbeidstiltak for å gi støtte til folk med traumatisering. For å møte nye utfordringer er det viktig å utvikle kompetansen blant helsefagfolk.

I de fleste gruppene av flyktninger i Norge utnytter de seg i liten grad av det offentlige helsevesenet innen psykisk helsevern. I mange land der flyktninger kommer fra er den psykiske helsetjenesten til del mangelfulle og sterkt forbundet med sosiale stigma. Det vi kan forstå som psykisk helsearbeid vil i praksis alltid vært basert i lokalsamfunnet (community-based) (Guribye, 2009). Sentrale ressurspersoner spiller viktige roller som støtte for individer som lider av psykiske problemer. Dermed blir disse personene ofte foretrukket på grunn av sin snarrådighet og frivillig arbeid for å hjelpe andre samfunnsmedlemmer. Derfor er det en stor fordel at offentlige helseinstitusjoner samarbeider, og innhenter kunnskaper og ressurspersoner fra eksisterende innvandrersamfunn/organisasjoner/menigheter.

Trekantsamarbeidet mellom brukere, primær- og spesialisthelsetjenesten må styrkes. Arbeidet i helsevesenet må baseres på brukermedvirkning. Det gjelder på individnivå (hvor den enkelte skal påvirke forhold som gjelder en selv og egne behov). Det gjelder også på systemnivå (som er rettet mot de som planlegger tiltakene/tjenestene og har mulighet til å vedta iverksettelse).

I Sverige har de kommet lenger på dette området. Svenske Karolinska Institutet og Røde Kors startet et klinisk forskningsprosjekt for å hindre at annen generasjon av barn blir traumatisert. Prosjektet startet i 2011 for å hindre at barn av torturerte og krigstraumatiserte foreldre med komplekse PTSD blir lidende. Ifølge forskning blant overlevende fra Holocaust og andre verdenskrig er det en risiko for at alvorlige traumatiserte foreldre overfører

sine ubehandlede traumer til sine barn. Ifølge en Amnesty rapport fra 2008 viser 45 % av nyankomne asylsøkere, at de hadde vært utsatt for tortur, og 63 % av tortur overleverne oppfylte kriterier for PTSD. ■

Referanser:

1. Agger, I., Raghuvanshi, L., Shabana, S., Polatin, P. & Laursen, L. K. (2009). Testimonial therapy. A pilot project to improve psychological wellbeing among survivors of torture in India. *Torture*, 19, 204–217.
2. Anstorp, T. (Red.), Benum, B., Jakobsen, M., (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer*. Oslo: Universitetsforlaget.
3. Antonovsky, A. (1979) *Helath, Stress, and Coping*. San Fransisco, Jossey Bass publishers.
4. Antonovsky, A. (1987) *How people manage stress and stay well*. San Fransisco, Jossey Bass.
5. Borg, M (2009). *Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: brukere erfaringer ved alvorlige psykiske lidelser*. Tidsskrift for norsk Psykolog forening. Vol 46, No 5.
6. Bøe, T. D. og Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etik, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
7. Dalgaard O.S. (2005): *Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. Resultater fra befolkningsundersøkelser*. : N.Ahlberg, A. Aambø og I.Gihle (red). *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter*. Oslo: NAKM I skiftserie 1/2005.
8. Eisold, B. K. (2005) *Notes on Lifelong Resilience: Perceptual and Personality*
9. factors Implicit in the Creation of a Particular Adaptive Style. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 411–425. Educational Publishing Foundation.
10. Fjone, Hilde Haug, B. Ytterhus, A. Almvik (2009): *How children with parents suffering from Mental Health Distress Search for «Normality» and Avoid Stigma*. *Childhood* 2009; 461–477.
11. Fonagy P., Steele, M., Steele H., Higgitt, A. (1994). *The theory and practice of resilience*. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 231 – 257.
12. Guribye, E (2009) *Refugees and mental health interventions*, Bergen: Dissertation for the degree PhD at the University of Bergen.
13. https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/3575/Dr.thesis_Eugene%20Guribye.pdf?sequence=1
14. Guribye, E (2009) «No God and no Norway»: *Collective resource loss among members of Tamil NGOs in Norway during and after the last phase of the civil war in Sri Lanka*
15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170267/>
16. Grønseth A. S. (2006), "Experiences of Tensions in Re-orienting Selves: Tamil Refugees in Northern Norway Seeking Medical Advice" *Trondheim: Anthropology & Medicine*. Volume 13, Issue 1.
17. Helena D, (2011) *Psychosocial Perspectives, An overview of Stressors Faced by Immigrants and Refugees: A Guide for Mental Health Practitioners*, Psychosocial perspectives, San Diego, USA: SAGE publications, 210 – 217.
18. Huijts, Irene; Kleijn, Wim Chr; van Emmerik, Arnold A. P.; Noordhof, Arjen; Smith, Annemarie J. M. (2012) *Dealing with man-made trauma: The relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands*. Vol.25(1) *Netherlands: Journal of Traumatic Stress*.
19. Hummelvoll, J.K. (2012) *HELT- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
20. Lazarus R., Folkman S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer publishing company.
21. Malt U. F, Dahl A., Retterstøl N. (2010) *Lærebok i psykiatri*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

22. Nielsen, G. H, og Lippe A. L. (1993), Psykoterapi med voksne. Fem perspektiv på teori og praksis, Oslo: Tano.
23. Schauer, M. / Neuner, F. / Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror, or Torture. Cambridge/ Gottingen: Hogrefe & Huber.
24. Snoek, J.E & Engedal K. (2000) Psykiatri. Kunnskap – Forståelse – Utfordringer. Oslo: Akribe Forlag.
25. UDI Temahefte 17, Psykisk helse hos flyktninger, Oslo: Utlendingsdirektoratet.
26. Øverland, G (2012) Post traumatic survival: a study of Cambodian resilience, Kristiansand: doktoravhandling ved Universitetet i Agder.
27. NETTSIDER:
28. Ahlberg N., Duckert F., (2006) Minoritetsklienter som helsefaglig utfordring
29. Tidsskrift for Norsk Psykolog foreining, http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=5601&a=2
30. IMDI Tema hefter: Flyktninger og psykisk helse, Oslo.
31. <http://www.imdi.no/Documents/BrosjyrerHefterHaandbok/17temahefte.pdf>
32. Langeland, E. (2011), Salutogenese – teori og praksis.
33. <http://www.psykiskhelsearbeid.no/helse/>
34. Melinda A. Meyer, 2007, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
35. <http://www.nkvts.no/tema/Sider/Gruppetiln%C3%A6rmingermedtraumatiserteflyktningermedfokuspakunstoguttrykksterapi.aspx>
36. Milde A. M., Nordanger D., Stenmark H., Nordling T. (RVTS Vest) (2011)
37. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=146879&a=2&sok=1
38. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, (s. 652-658) Vol 48, nummer 7.
39. Moum A. V. (2012), Drar på hjemmebesøk til isolerte familier.
40. <http://www.utrop.no/Nyheter/Utenriks/22490>
41. Osmundsen M. R. (2011), Likeverdige helsetjenester i et multikulturelt Norge
42. https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/730478/Nevrokongress_fredag%20%20sept_Manuela%20Ramin-Osmundsen.pdf
43. Ødegårds Ø. (2009) studie av psykiske lidelser hos norsk utvandrere til USA
44. Emigrasjon som patologi <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/2009/nr3/Thorvik.pdf>

Mindfulness

– lær å mestre stress

«Stressmestring» er i økende grad etterspurt i dagens samfunn. Dette kan tyde på et udekket behov for opplæring i teknikker for å håndtere indre og ytre påkjenninger.

Den norske regjering har satt helsefremmende arbeid for mental helse på dagsorden. Forebygging av psykiske lidelser og problem av psykososial art er et hovedarbeidsområde (Stortingsmelding nr. 37 (1992-93)). Argumenter for en slik prioritering er at psykiske lidelser er en viktig bakenforliggende årsak til blant annet økt sykefravær. Både redusert livskvalitet for enkeltindividet og enorme samfunnsmessige kostnader er derfor konsekvenser av psykiske lidelser. Psykiatriske institusjoners helsefremmende arbeid gjenspeiles særlig i opplæringsarbeid som kurs og gruppeterapi med vekt nettopp på psykososiale utfordringer. Eksempler er grupper for psykososial ferdighetstrening, affektmestring, ulike stressmestringsgrupper, og sosial ferdighetstrening, for å nevne noen.

I tråd med dette ønsket en ved Dalane DPS å utvikle et tilbud som kunne imøtekomme ovennevnte krav. Samtidig var det viktig å arbeide etter veiledende føringer for utvikling av den desentraliserte psykiatrien, utgitt av Sosial- og helsedepartementet. Med andre ord å møte brukerne der de bor. Utgangspunktet var Dalane DPS sitt opptaksområde, bestående av kommunene Lund, Sokndal, Bjerkreim og Eigersund, og de behov som var til stede der. Det totale innbyggerantall ultimo oktober 2010 er ca. 23.500, hvorav 14.170 er bosatt i Eigersund. Det var ønskelig å tilby målgruppen et kurs hvor pasienter

kunne lære mestring av både hverdagslige utfordringer og spesifikke problem. Ettersom DPS'et ligger i en kommune med et relativt lavt antall innbyggere, var det ressursmessig problematisk å satse på flere diagnosespesifikke kurs ettersom antallet polikliniske pasienter var tilsvarende lavt. Brukerne utgjør også en heterogen gruppe. Derfor ble kurset Mindfulness-based Coping (MbC) utviklet som en intervensjon for å ivareta majoriteten av pasientmassen, uavhengig av diagnose. Mindfulness kan gi en mulighet til å stoppe opp i øyeblikket for slik å kunne vurdere alternative løsningsmuligheter til et problem man erfarer. Slik kan en unngå å handle på impuls. Dette kan igjen føre til at man velger mer adekvate måter å mestre sitt problem på.

Det er faste, sertifiserte gruppeledere med bakgrunn som blant annet ergoterapeut og psykiatriske sykepleiere som holder kursene. Ergoterapeuter har pedagogikk som en vesentlig del av sin utdanning. I tillegg vektlegger denne gruppen viktigheten av deltakelse og mestring for brukerne, hvilket også ble vektlagt i forhold til valg av en ergoterapeut som gruppeleder.

Hva er oppmerksom mestring?

Elementene som utgjør MbC er anerkjente. Konseptet har sitt utspring i kognitiv teori og terapi, men kurset er pedagogisk lagt opp. Formålet er å lære



Av Kjersti B. Tharaldsen, sosialantropolog og kursleder ved Dalane DPS



Av Bodil Opsanger Seglem, ergoterapeut og sertifisert som MbC-gruppeleder ved Dalane DPS

deltakerne ferdigheter og metoder for å bli bedre i stand til å mestre det som i hverdagslivet oppleves som problematisk. Grunnelementet i MbC er mindfulness, slik mindfulness defineres av Kabat-Zinn (1990;1994) og forklares av Linehan (1993a;b). Linehans manual om Dialektisk adferdsterapi skiller MbC fra atferdsterapi først og fremst ved at Linehans program er et omfattende terapiopplegg, mens MbC er et pedagogisk orientert kurs som tilbys som ledd i polikliniske psykiatriske pasienters behandling. En har også blitt inspirert av «mindfulness-guruen» John Kabat-Zinn og andre som bruker mindfulness som hovedelement i ulike behandlingsformer. Mindfulness kan defineres som en «aksepterende bevissthet på erfaringen her og nå» (Germer, 2005a). Det er en metode for kontrollert bevisstgjøring og tilstedeværelse i øyeblikket (Kabat-Zinn, 1990), og er en indre kunnskap for å bevisst møte de utfordringer som ligger i vår ivaretagen av både oss selv og andre (Santorelli, 1999). Mindfulness er derfor avhengig av vår evne til å være bevisst oppmerksomme i det som utspiller seg i det øyeblikk som er nå. Mindfulness er fordomsfri observasjon og bevisstgjøring av øyeblikket, og da også observasjon og bevisstgjøring av de tanker, følelser og fornemmelser man har i det øyeblikket. Formålet er å øke ens kontroll over oppmerksomheten.

«Mindfulness kan gi en mulighet til å stoppe opp i øyeblikket.»

Men hva vil en slik kontroll gi oss? Vi tror mindfulness, eller oppmerksomt nærvær, vil være en hjelp til å få bedre oversikt over situasjonen som oppleves som problematisk, og slik igjen kunne velge mestringsteknikker som er mer tilpasset situasjonen enn det man ellers vill ha gjort. Vi viser til kursets ulike deler og mestringsteknikker nedenfor. Men slik har veien blitt til, vi har «tatt det beste» fra mindfulnessretningen og «det beste» fra Linehans adferdsterapi hva gjelder mestringsteknikker, og laget manualen «Mindfulness-based Coping – mestringsteknikker for livsvansker».

MbC er et pedagogisk orientert kurs som tilbys som ledd i polikliniske psykiatriske pasienters behandling. MbC er en forkortelse av Mindfulness-based Coping. MbC er et kurs basert på psykososiale ferdigheter, med det formål å lære disse til ulike målgrupper. Kurset er pedagogisk lagt opp, med noe teori og hjemmeoppgaver. Fra 2004 til 2008 ble det brukt en oversettelse av Marsha Linehans

manual Dialektisk Atferdsterapi, men en så snart behovet for en egen manual og ut fra dette ble boka «Mestringsteknikker for livsvansker» (Tharaldsen & Otten, 2008) utgitt i november 2008. Hovedårsaken til å skrive boken var at forfatterne mente det manglet et under visningstilbud på institusjonen. Den er strukturert som en arbeidsbok, og kronologisk oppbygget med arbeidsskjema tilhørende hvert møte i etterkant av en presentasjon av gjeldende møte.

Gjennomføring

MbC er inndelt i fire moduler:

- Mindfulness,
- Stressmestring,
- Affektregulering og
- Relasjonshåndtering.

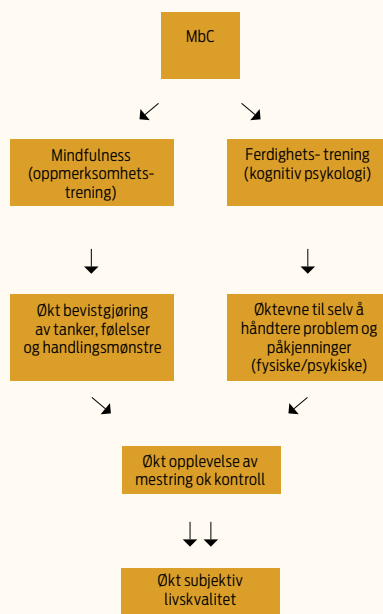
Første modul går over tre møter, mens de tre andre har en varighet på åtte møter hver. Vi avslutter med tre repetisjonsmøter. Til sammen er kurset på 30 uker. Deltakere på MbC-kurs binder seg til å delta på alle fire moduler. Kursets første del er mindfulness. En øver på å ta kontroll over oppmerksomheten, for å kunne være mer bevisst til stede her-og-nå. Stikkord er å være bevisst og oppmerksom i øyeblikket. Del to kalles stressmestring. Med begrepet stress menes det som oppleves som både følelsesmessige og fysiske påkjenninger. Begrepet dekker derfor mer enn i vanlig dagligtale. Første del gjelder opplæring i teknikker for å «holde ut» vanskelige situasjoner, tanker og følelser. Et eksempel kan være å takle en akutt stress-situasjon som å kjøre gjennom en undervannstunnel dersom man synes det er problematisk. Da kan man benytte seg av blant annet distraksjonsferdigheter som kan bestå i å telle lys i tunnelen. Med andre ord innebærer dette å håndtere akutt stress, der og da. Det jobbes deretter mot det langsiktige mål om å akseptere det som oppleves som problem. Implisitt i akseptbegrepet ligger at man skal jobbe mot å godta det vanskelige uten nødvendigvis å måtte like det. Et eksempel kan være at man har en diagnose – la oss si en funksjonshemming – som man ikke vil forholde seg til. Da kan oppmerksomhetsøvelser være til hjelp for å – på lang sikt – først akseptere den situasjon man er i for så å jobbe videre med å mestre livet med denne hemmingen. Affektregulering er navnet på tredje modul. Vi lærer oss å gjenkjenne og å identifisere følelser, for å regulere disse bedre. Å forholde seg til sterke følelser på en ikke-vurderende måte er sentralt, før en går over

til en mer reflekterende holdning til de følelser som erfares. Deltakerne får øvelser for både å øke positive, og å minske negative, sider ved sitt følelsesliv. Et eksempel kan være å gjøre en ting hver dag som gjør deg glad. Dette hjelper både på kort sikt og lengre sikt. Videre jobber vi med ferdigheter for å mestre følelsesmessige påkjenninger når disse oppstår. Siste og fjerde del er relasjonshåndtering. Denne delen innebærer blant annet opplæring i å avslå forespørsler, samt å be andre om noe, med hensyn til egne mål, relasjoner og selvrespekt. Målet med relasjonshåndtering er effektiv samhandling med andre mennesker, å bevisst gå inn i situasjoner med klare mål, samt å kommunisere på en måte som innebærer at man ikke alltid føler seg som «den tapende part». Et eksempel kan være å si nei til en nabo som alltid ber en om hjelp og det føles mer som utnyttelse enn godt naboskap. Kursets tema overlapper hverandre, og vi drar paralleller gjennom kurset til de modulene vi allerede har vært gjennom.

Hver MbC-gruppe består av 6-8 deltakere, som møtes en gang per uke i to ganger 45 minutter. De første 45 minuttene blir brukt til å utveksle erfaringer om ferdigheter fra forrige møte. Vi diskuterer arbeidsark, skjema for hjemmearbeid og Dagbokskort, som deltakerne jobber med mellom møtene. Av erfaring er det viktig med et godt og nært samarbeid mellom ansatte som er involvert i kurset. Derfor får MbC-gruppeledere veiledning med kursleder etter behov. De får også veiledning med den faglig ansvarlige for kurset. Her blir opplegget og undervisningen diskutert. MbC-gruppeledere og medgruppeledere har bestått av ansatte med helsefaglig bakgrunn innen blant annet ergoterapi eller pedagogikk. Dette har fungert meget bra da behandlere fremdeles har det terapeutiske hovedansvaret for sin pasient. Kurset er en del av deltakernes behandlingstilbud ved senteret og er ikke terapi i seg selv. Sistnevnte innebærer at særlig private anliggender ikke diskuteres under møtene, dersom de ikke kan relateres direkte til de ferdigheter som presenteres. Hver tredje uke møter gruppeledere veiledere og behandlere til pasienter i MbC-gruppe, til behandlermøter. Formålet med behandlermøtet er å skape trygghet for alle parter (pasient, behandler og gruppeledere). For å diskutere ferdigheter, progresjon, bruk av eksempler, og hendelser som oppstår underveis. For at deltakerne skal få mest mulig utbytte, er MbC også i fokus i den individuelle behandling.

Deltakerne

Kurset passer for polikliniske psykiatriske pasienter der behandlerne vurderer sin pasients potensielle utbytte ut ifra faktorer som for eksempel evne til selvanalyse, evne til gruppedeltakelse og deres motivasjon. Andre kriterier for inklusjon er eget ønske om deltakelse, behandlerens anbefaling basert på forventet nytteverdi, samt egnet funksjonsnivå. Eksklusjonskriterier er diagnoser som psykose (schizofreni, bipolar depresjon), borderline og/eller diagnoser hvor behandler anser pasienten som uegnet til gruppeundervisning og hvor forventet utbytte er minimalt. Henvisning sendes til kursleder som i diskusjon med et MbC inntaksteam tar stilling til om pasienten skal med. Behandler er ansvarlig for å vurdere om pasienten er egnet og samtidig vurdere eventuell risiko ved deltakelse. Men MbC inkluderer flere enn kun institusjonens ansatte og deltakerne. Det er viktig også å la pårørende få ta del i MbC. Vi arrangerer en pårørendekveld med et par timers varighet ca. 2 måneder etter kursstart, hvor det gis en generell presentasjon av MbC.



FIGUR 1: Den teoretiske modellen av Mindfulness-based Coping (MbC) viser forholdet mellom mestring og livskvalitet i MbC. MbC skal lære deltakerne å bli bevisste på egne tanke-, følelses-, og handlingsmønstre gjennom mindfulness, og gjennom opplæring i teknikker fra kognitiv terapi. Disse teknikkene skal bidra til å håndtere (mestre) påkjenninger, følelser, og relasjoner. Det har positiv innvirkning på deltakerens opplevelse av kontroll å ansvarliggjøres og å kunne mestre påkjenninger Dette kan igjen gi en langsiktig effekt av økt subjektiv følelse av livskvalitet.

MbCs framtid

MbC har utviklet seg til å bli et omfattende og velorganisert kurs. Høsten 2010 startet den 17. MbC-gruppen for pasienter opp. Vi har underveis vært opptatt av å få til - bakemeldinger som kan hjelpe oss i arbeidet med å bli bedre, særlig med tanke på å tilpasse kurset de behov som eksisterer i nærområdet. Det har vist seg at tilbakemeldingene fra deltakere har vært udelt positive og de har vektlagt særlig den generelle nytteverdien av MbC, så som at kurset ikke er diagnosespesifikt og at deltagelse er uavhengig av sosial og/eller utdannings-

«Konstruktiv håndtering av psykososiale problem.»

messig bakgrunn. Kurset er så bredt tematisk sett at alle vil kunne finne nytteverdi uansett kjønn, bakgrunn og yrke. «Dette er et kurs for alle!», blir det sagt. Noen deltakere har også fått kurset som kompetanseheving av sin arbeidsgiver, framfor å måtte sykmeldes. Andre igjen har gitt tilbakemelding på at de har fått ett nytt liv etter kurset, da de i løpet av kurset har fått lære seg ferdigheter til selv å gjøre forandringene i livet, og ikke bare vente på andres hjelp. Slike innspill tas på alvor.

I utgangspunktet var et konkret mål med MbC å utgjøre en viktig del av den enkelte polikliniske pasients økte helse i en behandlingssituasjon. Denne målsettingen må en kunne si å ha innfridd. Vi ønsker også å dele MbC med andre. Dette er også en av årsakene til at MbC-manualen ble utgitt (Tharaldsen & Otten, 2008). Slik vil MbC bli gjort kjent ut over våre geografiske grenser. Det holdes også sertifiseringskurs både ved og utenfor Dalane DPS for helsefaglige arbeidere som selv ønsker å jobbe med MbC. Tharaldsen har ansvaret for disse kursene, som er godkjente både i Norsk Ergoterapiforbund og Norsk Sykepleierforbund.

Et annet mål med MbC var å jobbe mot å forebygge psykiske lidelser og dertil hørende sykefravær, samt å fremme mental helse i befolkningen, hvilket innebærer tidlig intervensjon. MbC er derfor tilpasset ungdom på videregående skole, og kalles der Bevisst Mestring. Manual med arbeidshefte er planlagt utgitt etter at Tharaldsens doktorgrads-prosjekter ferdig. To klasser på 2. trinn har vært gjennom kurset. Å lære konstruktiv håndtering av psykososiale problem på et tidlig stadium vil kunne forebygge senere potensielle psykiske lidel-

ser. Tanken er å ikke bare drive opplysningsarbeid i skolen, men bidra med faktisk opplæring i hvordan man håndterer vanskelige situasjoner, tanker og følelser. Tilbakemeldingene fra elevene som har vært gjennom kurset, har vært gode og viktige! Ingen forskningsresultat er foreløpig tilgjengelige på MbC for denne målgruppen, men disse vil redegjøres for i forskningsprosjektet «Mestring av psykiske helseplager» av Tharaldsen ved Stavanger Universitetssjukehus og Universitetet i Stavanger.

MbC har nå fått rotfeste ved Dalane DPS. Både MbC og Bevisst Mestring var del av Kjersti B. Tharaldsens doktorgradsarbeid. Arbeidet viste betydningsfulle positive, psykologiske endringer i pasientgruppa. Prosjektet er et samarbeid mellom Stavanger Universitetssjukehus og Universitetet i Stavanger. Vårt arbeid med MbC for pasienter og elever fortsetter. Det er en «pakke» som passer de fleste, og en håper og tror at kursets nytteverdi på sikt også vil føre til videre arbeid også innen andre sektorer enn den offentlige helsesektor.

Denne artikkelen er i hovedsak basert på artikkelen «Mindfulness-based Coping: Et mestringkurs med gammelt innhold i ny drakt.» av Kjersti B. Tharaldsen (2008). Det er ingen interessekonflikter. ■

Referanser:

1. Germer, C.G. (2005a). Mindfulness: What is it? What does it matter? I C.G. Germer, Siegel, R.D. & P.R. Fulton (Eds.), Mindfulness and psychotherapy. New York: Guilford Press.
2. Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Hyperion, New York.
3. Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are. Mindfulness meditation for everyday life. New York: Hyperion.
4. Linehan, M.M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
5. Linehan, M.M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
6. Santorelli, S. (1999). Heal thy self. Lessons on mindfulness in medicine. Bell Tower. New York.
7. St. melding nr. 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
8. Tharaldsen, K.B. (2008). Mindfulness-based Coping: Et mestringkurs med gammelt innhold i ny drakt, i Psykoppnytt, 2 (15), s. 20-25.
9. Tharaldsen, K.B. & Bru, E. (In Press). Validation of the Mindful Coping Scale.
10. Tharaldsen, K.B. & Otten, H. (2008). Mindfulness-based Coping – mestringsteknikker for livsvansker. Hertervig Forlag
11. Tharaldsen, K.B. & H. Otten (under arbeid). Bevisst mestring – mestringsteknikker for ungdom (arbeidstittel).



TEKNIKKER: Første del av kurset går er opplæring i teknikker for å «holde ut» vanskelige situasjoner, tanker og følelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Innkalling til generalforsamling i SPoR

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR) innkaller til GF torsdag 12.juni 2014 kl. 16.00 i Kulturhuset i Bodø i forbindelse med Landskonferansen.

Frist for innsendelse av saker er 1. mai.

Saker sendes til leder i SPoR, Kurt Lyngved
E-post: kurt.lyngved@gmail.com
Sakspapirer til GF legges ut på hjemmesidene to uker før GF



NSFs faggruppe for sykepleiere
innen psykisk helse og rus

Posterutstilling

11.- 13. juni arrangeres årets landskonferanse i Bodø.

Temaet er: **Traumatiske livshendelser**
– hvordan lever vi med dem?

Vi inviterer i den forbindelse til posterutstilling på Bodø Kulturhus med relevant tema. Meld inn din poster innen 1. mai til rita.hove@nlsh.no. Oppgi posterens tittel samt forfatter.





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 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 fagfeltet 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 torfrid.johansen@hotmail.com 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 kjersti.overnes.tromso.kommune.no