



Psykisk helse og rus

NR. 2-2014 • ÅRGANG 25

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS



**Kurs i småprat
gir økt trygghet**

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. 40 45 79 69
Kjersti.Overnes@tromso.kommune.no

STYRET

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

Nestleder

Espen Gade Rolland
Tlf. 40 84 29 41
espro@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. 99 29 12 94
Torfrid.Johansen@vestreviken.no

Styremedlem

Siw Elisabeth Helden
Tlf. 97 03 37 51
siweli@me.com

ABONNEMENT

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

WEBANSVARLIG:

Unn Elisabeth Hammervold
Tlf. 90 93 67 40
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@sykepleien.no

LAYOUT

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

Monica Hilsen

monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 4. desember 2014

Innsending av artikler

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



Innhold

NR. 2-2014 • ÅRGANG 25



18 **FAMILIE:** Trivselstiltak for barn.



12 **BEHANDLING:** Basal eksponeringsterapi.

- **4** Fylkesledere i SPoR
- **4** Nytt æresmedlem i faggruppen
- **5** LEDER: Kurt Lyngved
- **6** Smånytt
- **8** Landsstyret i SPoR
- **10** Ungdom lærer småprat på kurs
- **12** Basal eksponeringsterapi i møte med lært hjelpeløshet og «splitting»
- **18** Trivselstiltak skal hjelpe barn av psykisk syke
- **21** Nytt spørreskjema måler tvang
- **22** Færre innleggelse krever tettere samarbeid
- **24** Må skaffe flere kliniske spesialister
- **26** Bli med på konferanse
- **28** Innkallingsbrev skal ikke være bussbillett
- **30** Utfordringer som barneansvarlig
- **33** Tvilen gir oss større respekt for hverandre
- **34** Spesialistutdanning i barn og unges psykiske helse
- **35** Psykiatrikonferanse i Istanbul
- **36** Bli medlem

SPoR 2014-2016

Fylkesledere

Liv Bech Johannessen	livbech.johannessen@lds.no	Oslo	
Jørgen Due	jorgen.dur@lillehammer.kommune.no joe-du@online.no	Oppland	
Stian Tuvnes Ellingsen	stelli@vestreviken.no	Buskerud	
Randi Olufssen Aasen	roluaase@online.no	Hedmark	
Charlotte Walther	cwalth@online.no	Østfold	
Sigrun Heskestad	sigrun.heskestad@ahus.no	Akershus	Kontaktperson
Anfinn H. Johansen	arhojo@hotmail.com	Vestfold	
Gitte Slåtta	gitte.slatta@sthf.no	Telemark	
Eli Jorid Sveipe	eli.Jorid.sveipe@sshf.no	Aust Agder	
Bodil Bakkan Nielsen	bodilaska@hotmail.com	Vest Agder	
Peter Hee Andersen	peterhee@lyse.net	Rogaland	
Valborg Sweeney	valsweeney@hotmail.com	Hordaland	
Liv Stokkenes Jacobsen	liv.stokkenes.jacobsen@helse-forde.no	Sogn og Fjordane	
Anne Synnøve Solvåg	anne.synnovesolvag@molde.kommune.no	Møre og Romsdal	
Marit Larsen	marit.larsen@bodo.kommune.no	Nordland	
Janne Konstad	lps.sortrondelag@gmail.com jannekonstad@hotmail.com	Sør-Trøndelag	
Åshild Fause	ashild.fause@uit.no	Troms	
Anne-Lill Haabeth	annelillhaabeth@hotmail.com	Finmark	
Ingun Haug	ingun.haug@hnt.no	Nord-Trøndelag	

Jan Kåre Hummelvoll – æresmedlem i SPoR



FØRSTE ÆRESMEDLEM: Jan Kåre Hummelvoll er første æresmedlem under faggruppenavnet NSF SPoR.

Styret i NSF SPoR vedtok på sitt styremøte i april 2014 å utnevne Jan Kåre Hummelvoll til æresmedlem i faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus.

Tekst Kurt Lyngved Foto Eivor Hofsta

Vi er stolte av å utnevne Jan Kåre Hummelvoll til vårt første æresmedlem under faggruppenavnet NSF SPoR. Det siste æresmedlemmet i faggruppen under navnet Landsgruppen av psykiatriske sykepleier var ingen ringere enn Marie Lysnes. Derfor var det en ære for oss og utnevne vårt første æresmedlem samtidig som han mottok Marie Lysnes stipendet.

Jan Kåre Hummelvoll har gjort en stor innsats på området psykiatrisk sykepleie/sykepleie innen psykisk helsearbeid. Han har virket hele sitt yrkesliv innenfor dette feltet og mange er de syke-

pleiestudenter som i inn- og utland som har bruk hans lærebok «Helt – ikke stykkevis og delt» og fått inspirasjon og nye refleksjoner omkring fagfeltet gjennom hans tanker.

Han har vært en inspirator for sykepleiere i praksisfeltet og hans tanker og ideer har nådd langt ut over sykepleiernes fagfelt.

Derfor er det med stor glede og dyp respekt vi sier velkommen til vårt første æresmedlem. Vi håper vi kan ha et godt samarbeide og mange gode innspill relatert til faget vårt i de årene vi går i møte.

■ LEDER:
Kurt Lyngved



Tilbud må ikke raseres før noe nytt er kommet

Sommeren er allerede på hell og varme late feriedager ligger bak for de fleste. I år som alle årene før står man kanskje litt undrende og kjenner at dagene kom og gikk så altfor fort. De kjølige dragene som minner om en annen årstid har latt seg kjenne mange steder og minnet oss om at høsten ligger like foran. Sommeren i år har over det ganske land vært varm og fortellinger om bading og sommerlige aktiviteter har for en gangs skyld fordelt seg fra sør til nord. Det er bra fordi en god sommer gir oss gode minner å leve på når høststormene setter inn. Bilder fra solfylte dager kan være gode å ta frem når det blåser som verst. Årets landskonferanse i Bodø i juni hadde som tema dette med kritiske livshendelser og hva de gjør med våre liv. Mennesker som har erfart mye «uvær» i livet, har ofte ikke bildene fra gode somre å hente frem når livet utfordres som verst. Uværsbilder fra krenkende opplevelser sitter som minnespor i kroppen og kommer til å prege livsutfoldelsen og dermed livskvaliteten. I Bodø fikk vi høre flere fortellinger fra mennesker som har erfart krenkelser i livet på en slik måte at hverdager ofte oppleves krevende og fylt av stormfulle bilder. Dette gjorde inntrykk, men samtidig er det utrolig viktig at disse fortellingene ordrettes av dem som har erfart dem.

Sommeren har vært preget av uroligheter mange steder og nyhetene har brakt oss bilder og fortellinger om krigshandlinger fra flere områder i verden. Mange mennesker lider i disse situasjonene og bilder fra grufulle situasjoner skal bearbeides og leves videre med. I de områdene dette gjelder er mye av infrastrukturen borte og menneskene overlates i stor grad til seg selv og sin «skjebne». Dette er noe vi som sykepleiere innen psykisk helsearbeid må ta på alvor. I en globalisert verden er dette på mange måter en trussel mot folkehelsen. Mange begir seg på flukt for å komme seg vekk fra håpløsheten og alt det kompliserte hjemlandet byr dem. Sårene fra krigshhandlingene bærer de med seg og disse må de få hjelp til å bearbeide. Det påhviler oss et stort ansvar å møte disse behovene i våre hverdager.

I en tid hvor det skjer endringer i tilbud til mennesker med psykiske helseplager, kan det være vanskelig å

ha oversikt over hva som foregår på alle nivåer i helse-tjenesten. Tilbud endres og blir borte og nye kommer til. Utfordringen i dette blir for mange brukere av tjenestene en opplevelse av utrygghet og uforutsigbarhet som blir tilleggsproblemer i et i utgangspunktet komplisert liv. Dette er uheldig og fordrer oss som sykepleiere og sammen med brukeren si fra når dette skjer. Det må ikke være slik at tilbud raseres og forsvinner før noe nytt er kommet. Sammen med brukerne av de psykiske helse-tjenestene må vi bidra til å stemmeføre at det gamle må bestå inntil det nye er kommet. Vi vet av erfaring at ord lett blir løfter som forsvinner med vinden og aldri realiseres. Trygghet og forutsigbarhet er nødvendige byggesteiner i alles liv. Der «grunnmuren» i menneskets eksistens har vært utsatt for alvorlige rystelser, blir dette enda mer sentralt.

På forskningskonferansen i forbindelse med landskonferansen ble årets Marie Lysnes stipend utdelt og i år hadde stiftelsen valgt å gi dette til Jan Kåre Hummelvoll. En verdig kandidat og et velfortjent stipend. Hummelvoll har hatt stor betydning for utviklingen av faget sykepleie innen psykisk helsearbeid både nasjonalt og internasjonalt. Samtidig utnevnte vi SPoR's første æresmedlem og det var en stor ære at dette ble Jan Kåre Hummelvoll. Dermed ble det skrevet historie i Bodø denne junidagen. Det er vi som faggruppe stolte av.

Det nye styret i SPoR tar fatt på sitt arbeid og mange oppgaver ligger foran. Vårt engasjement på alle nivå i samfunnet er svært viktig der psykisk helse står på dagsorden. Vi skal gjøre så godt vi kan og i samarbeid med hele organisasjonene kan vi få mye til. Vi må være der det skjer og i samarbeid med brukerne av våre tjenester alltid «bry» oss når det gjelder tilbudet til mennesker med som sliter med sin psykiske helse.

Med dette ønsker jeg dere alle en god høst.

Kurt J. Lyngved

FAGGRUPPELEDER



Fyllekjøring er vanligst

Alkohol var i 2013 fremdeles det rusmiddelet Folkehelseinstituttet fant hyppigst i blodprøver fra bilførere som er mistenkt for påvirket kjøring. Cannabis er nå nummer to på landsbasis, med det beroligende legemiddelet klonazepam på tredje plass. Andre stoffer

som påvises hyppig er metamfetamin, amfetamin og diazepam (virkestoff i blant annet Valium og Vival).

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Færre prøver hasj

Nordmenn drikker mindre alkohol enn før, og blant unge er både alkohol- og hasjbruken på vei ned, viser en rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning. Undersøkelsen viser blant annet at andelen 15- og 16-åringer som har prøvd hasj, falt fra 12 prosent i 1999 til 5 prosent i 2011.

Kilde: Forskning.no

SMÅNYTT



Idrett hjelper mobbeofre

Gutter som mobbes unngår lettere varige psykiske plager hvis de driver idrett, viser en nordisk undersøkelse. Forskerne brukte data fra spørreundersøkelsen NordChild survey 2011, der spørreskjemaer ble sendt ut til foreldrene til 6214 barn i alderen 4–16 år over hele Norden. Totalt 15 prosent av guttene i undersøkelsen ble mobbet, ifølge foreldrenes svar.

– De mobbede guttene som trente minst en gang i uka hadde mindre forekomst av dårlig mental helse, med 1,7 ganger høyere odds for god helse sammenlignet med de som ikke trente, sier Ylva Bjereld, doktorand ved Göteborgs universitet.

Det er påvist at idrett hjelper til å få mer selvtillit og færre depressive symptomer, og spesielt lagidrett er blitt knyttet til god helseeffekt sammenlignet med individuell trening.

Kilde: Forskning.no

«Det er håp i hengende snøre.» Norske ordtak

Lite misbruk blant mødre

Svært få heroinavhengige småbarnsmødre som har byttet ut heroin med metadon eller buprenorfin, ruser seg fire år etter at barnet er født. Det viser en studie som har fulgt heroinavhengige kvinner i legemiddelassistert rehabilitering fra svangerskap til barnets fjerde år.

– Resultatene viser at få mødre i legemiddelassistert rehabilitering bruker narkotika. Både under svangerskapet, samt ett år og fire år etter at barnet er født, sier Ingunn Olea Lund, forsker ved Statens institutt for rusmiddelforskning.

– Mødrene drikker heller ikke alkohol under svangerskapet. Rundt 1 av 3 sier de drikker noe alkohol ett år og fire år etter at barna ble født. Det dreier seg i all hovedsak om lavkonsum.

Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning/Sirus.no



Økt pillebruk blant unge

Aldri før har så mange unge i Norge fått piller mot depresjon. Nærmere 6000 ungdommer bruker antidepressiva, viser tall fra Reseptregisteret. De siste fire årene har bruken økt med 27 prosent, og nesten hele økningen skjer blant jenter mellom 15 og 19 år. Det viser de siste tall fra Reseptregisteret, skriver Utdanningsnytt.

– Vi vet foreløpig ikke hvorfor andelen brukere har økt fra og med 2011. Det kan skyldes at ungdommene behandles over lengre perioder eller at det er mange nye brukere som kommer til, sier Karl Furu, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet.

Kilde: Forskning.no

Mange med spiseforstyrrelser



Langt flere unge med psykoselidelser enn psykisk friske har hatt spiseforstyrrelser som tenåringer. Det viser forsker og avdelingsoverlege Unni Bratlien ved DPS Lillehammer i sitt doktorarbeid. Én av seks unge som har utviklet psykose, oppga ved 16-årsalderen at de hadde hatt spiseforstyrrelse.

Kilde: Dagens Medisin

Antidepressiva påvirker barnet

Barn av mødre som brukte den vanligste typen antidepressiva (SSRI) i svangerskapet, kan ha økt risiko for forsinket språkutvikling ved treårsalder sammenlignet med barn av mødre som ikke brukte antidepressiva mens de var gravide. Det viser resultater i en studie fra Den norske mor og barn-undersøkelsen på Folkehelseinstituttet.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Usikre på om voldsutøver var rusa

En studie av beboere på kriesesenter viser at kvinner med norsk bakgrunn oftere oppgir at de er utsatt for vold av en ruspåvirket partner, enn kvinner med innvandrerbakgrunn. Innvandrerkvinnene svarer ofte «vet ikke» på spørsmål om voldsutøveren var ruset. Undersøkelsen viser at nærmere 60 prosent av de norskfødte kvinnene kom til kriesesenter etter at de var blitt utsatt for vold begått av en partner i rus. Blant innvandrerkvinnene var det bare 26 prosent av kvinnene som oppga at partneren hadde vært ruset. Til gjengjeld var andelen som svarte «vet ikke» mye høyere hos innvandrerkvinnene: Nesten 50 prosent oppga at de var usikre på om partneren var ruset da angrepet skjedde. Forskerne Ingunn Olea Lund og Hilde Pape mener at den høye andelen som svarer «vet ikke» kanskje er et uttrykk for at rus er et mer sensitivt tema blant innvandrere enn i resten av befolkningen.

Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning/Sirus.no



Flere selvmord

Britiske forskere mener finanskrisen har resultert i nesten 13000 flere selvmord i Europa og Nord-Amerika. Forskerne analyserte data fra 24 europeiske land, USA og Canada. Fram til 2007 viste selvmordsraten i Europa en nedadgående kurve. Innen 2009 hadde raten økt med hele 6,5 % - en økning som holdt seg stabil ut 2011. Rapporten viste at å miste jobben, miste nåværende bosted og store gjeldsproblemer var de største risikofaktorene for ofrene. Studien ble gjennomført av The University of Oxford and the London School of Hygiene & Tropical Medicine, melder BBC.

Kilde: msn.com og ABC nyheter



Nytt landsstyre i SPoR

Det ble valgt nytt styre på GF i Bodø 8. juni for perioden 2014-2016. Her presenterer medlemmene seg selv.

Leder i SPoR Kurt Lyngved

De siste årene har jeg jobbet i Kirkens Bymisjon i Bodø, i en virksomhet som benevnes Batteriet Nord-Norge og som er en del av fattigdomsarbeidet i Norge. Allsidig praksis fra helsetjenesten på alle nivå. Lengst erfaring med sykepleie innenfor psykisk helsearbeid både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Har lang erfaring fra tillitsvalgsarbeid i Norsk Sykepleierforbund, både på lokalt nivå og i fylkessammenheng. Har vært med i faggruppen i 7 år. Fram til 2012 var det Landsgruppen for psykiatriske sykepleiere. Nå er benevnelsen NSF's Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Fra 2010 har jeg vært leder av faggruppen.

Som leder vil jeg:

- Arbeide for at SPOR blir en stadig tydeligere aktør i det psykiske helsefeltet gjennom å bidra til å profilere det arbeidet vi faktisk gjør.
- Arbeide for å utvikle sykepleie innenfor det psykiske helsefeltet.
- Arbeide for at SPOR har fokus på å gjøre organisasjonen attraktiv for yngre sykepleiere som arbeider innenfor psykisk helsearbeid.
- Arbeide for kontinuerlig å styrke samarbeidet med bruker- og pårørende organisasjoner.
- Arbeide for at folkehelseperspektivet innenfor psykisk helsearbeid styrkes,

slik at forebygging blir mer og mer fokusert.

- Arbeide for å utvikle nære og gode samarbeidsrelasjoner med de organisasjoner det er naturlig å samarbeide med.
- Arbeide for at sykepleie innenfor det psykiske helsefeltet er en selvfølgelig del i alle sammenhenger der psykisk helse vurderes og diskuteres.
- Arbeide for at sykepleiere i fagfeltet som har forskning og fagutvikling som sitt hovedanliggende, får den anerkjennelse og betydning de fortjener slik at forskningsresultater får betydning for utviklingen av praksis.

Siw Elisabeth Helden

Arbeider i Psykiatrisk Innsatsteam på Nordlandssykehuset, hvor jeg også arbeidet fra 2000–2003. Dette er et regionalt team for Helse Nord som gir tjenester til mennesker med kognitiv svikt/ alvorlige utviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser.

Jeg arbeidet innenfor geriatri og på kirurgisk avdeling før jeg i 1993 begynte ved psykiatrisk akuttavdeling på Nordlandssykehuset. Jeg arbeidet der frem til 2000. I denne perioden tok jeg videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, praksisveiledning innen helse- og sosialfag og spesialutdanning i relasjons- og nettverksarbeid. Fra 2003 -2011 arbei-

det jeg ved Rehabiliteringsteamet, Salten DPS. Har tatt et deltidsstudium i helsepedagogikk og godkjenning som klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie.

- Er opptatt av hvordan en kan tilrettelegge slik at hver enkelt i størst mulig grad er deltaker i eget liv, har selvbestemmelse og kontroll, har et eieforhold og er ekspert på eget liv på godt og vondt.
- Sammen med en kollega og flere med erfaringskompetanse har jeg vært initiativtaker til etablering av et årlig brukerseminar for personer med psykoseerfaring, et seminar som i år ble arrangert for 10. gang.
- Har sittet i styret for SPOR Nordland i flere perioder.

Torfrid Johansen

Jeg er 53 år gammel, bosatt i Drammen, men er fra Bodø. Jeg har vært medlem av LPS styret i Buskerud siden 1998, er fortsatt aktiv der, men nå som styremedlem.

Jeg har i hovedsak arbeidet innen fagfeltet, fra kommune, til psykiatrisk sykehus, og nå i DPS, der jeg har arbeidet siden 2006. Fem år i ambulant rehabiliteringsteam, så i ambulant akutteam til i dag da jeg arbeider i Drammen DPS akuttsesjon, som psykiatrisk sykepleier.

- Er opptatt av sykepleiefaget innen fagfeltet, det å være bevisst eget fag,



**Kurt
Lyngved**



**Torfrid
Johansen**



**Olav
Bremnes**



**Siw Elisabeth
Helden**



**Kjersti
Øvernes**



**Espen Gade
Rolland**

og jeg har etter hvert blitt mer og mer opptatt av brukermedvirkning og hva det egentlig betyr.

- Har sett store forandringer innen samfunnet når det gjelder psykisk helse, og er opptatt av at det er en menneskerett å ha et hjem.
- Har sittet to år i landsstyret, det har vært givende og lærerikt. Jeg har vært medlemsansvarlig, noe som jeg synes har vært spennende, og kreativ tenkning kommer godt med.

Kjersti Øvernes

Sykiatrisk sykepleier ved Tromsø Fengsel. Var i perioden 2012 -2014 i styret i SPoR Troms og 2012 til 2014 i Landstyret til SPoR, med ansvar for fagbladet psykisk helse og rus.

- Jeg anser det som en god mulighet at jeg sammen med styret i SPoR kan gjøre en viktig jobb for sykepleiere innen psykisk helse og rus.
- Jeg har gjennom de siste årene opparbeidet meg erfaring med organisert arbeid og også mye erfaring som ansvarlig redaktør for fagbladet Psykisk Helse og Rus.
- Jeg har et stort engasjement for faget, og er veldig interessert i psykiatrisk sykepleie.
- Jeg ønsker å fortsette med jobben for at SPoR tydeliggjør sin profil, og på den måten bringer faggruppa inn i

framtiden som en sterk og vital faggruppe.

Olav Bremnes

Arbeidet i spesialisthelsetjenesten siden 1983 og deltatt i ulike samhandlingsprosjekter mellom brukerorganisasjoner, kommuner og helseforetak. Er for tiden konstituert samhandlingsjef i Helse Nord-Trøndelag.

Har vært med i styret i Nord-Trøndelag LPS i flere perioder, og som leder i 4 år. Sitter i Landsstyret (2010-2014). Er opptatt av at SPoR skal fortsette å delta aktivt nasjonalt og lokalt på de arenaer som er med på å utvikle psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. SPoR representerer masse kunnskap og erfaring om hvordan tjenestetilbudet fungerer, og vil være en viktig aktør i gjennomføringen av Samhandlingsreformen.

- Tilrettelegge for forskning og fagutvikling som er praksisnær, i samarbeid mellom 1.- og 2.linjetjenesten og høyskole / universitet – for å utvikle robuste fagmiljøer.
- Utvikle tilbudet innen alderspsykiatri i samarbeid med geriatri og kommunehelsetjenesten.
- Større vektlegging av familieperspektivet i voksenpsykiatrien
- Tettere samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien mht. tidligintervensjon og over-

ganger, for å gi et helhetlig tilbud både til barna og foreldre

- Utvikle gode samarbeidsmodeller mellom 1.- og 2.linjetjenesten, hvor en har fokus på å avklare forventninger til hverandre og ser helheten og sammenhengen i de tilbudene som gis på tvers av forvaltningsnivåene.
- Styrke erfaringskompetanse fra brukere og pårørende overfor ansatte i 1.- og 2.linjetjenesten.
- Psykisk helsearbeid og psykisk helsevern må få større fokus og tilgang på virkemidler i gjennomføringen av Samhandlingsreformen.

Espen Gade Rolland

Fagutviklingsansvarlig ved Vestre Viken HF, Drammen DPS, Akuttseksjon. Nestleder i SPoR de siste 2 årene, kasserer SPoR Buskerud siden 2010. Har vært nestleder i SPoR de siste 2 årene, og gjennom dette vervet har jeg kunnet bidra til å utvikle organisasjonen, spesielt med tanke på inkludering av rusfeltet til SPoR og dreining fra psykiatri til psykisk helse.

- Ønsker å bidra til økt fokus på viktigheten av sykepleie innen feltet og formidling av kunnskap.
- I styret vil jeg bidra med egenskaper som: stort engasjement innen fagfeltet, opptatt av forskning og utvikling, god oversikt over tilbud innen fagfeltet, erfaring fra ulike tjenester samt gode IKT-ferdigheter. ■

Blir tryggere når de lærer å småprate

Ungdom takler sosiale situasjoner bedre når de får trening i småprat. Treningen er også med på å forebygge tidlig rusdebut.



Av **Bodil Bakkan Nielsen**, leder av ungdomstilbudet «Small Talk». Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie ved Sørlandet sykehus.

Annehver uke møtes ungdommer i alderen 14 til 20 år for å trene «Small Talk». Samlingene foregår i regi av Sørlandet sykehus, avdeling for barn og unges psykiske helse (Abup) i Lister. En behandler fra Abup leder møtene.

Dette lavterskeltilbudet ble satt i gang i februar 2013. Prosjektet er et rusforebyggende prosjekt i samarbeid med kommunen, med støtte fra Fylkesmannen i Vest-Agder. Erfaringene så langt er positive, ved at deltakerne blir tryggere i sosiale sammenhenger.

Å komme videre etter et «hei»

Småprat er samtaleformen vi har sammen med venner og familie, som går lekende lett uten at vi er redde for at tema vi snakker om er kjedelig eller uinteressant. Fortellergleden er stor, og kroppsspråk og tema henger godt sammen.

Vansker med småpraten kan oppstå når vi er usikre og utrygge i en sosial situasjon. Kroppsspråket blir tilstivnet, og vi må lete etter ordene. Noen opplever at tankene stopper helt opp, og risikoen for å feiltolke hvordan andre oppfatter oss kan være stor. For eksempel at ansiktsuttrykket virker surt og blir oppfattet som avvisende. Hjelp til småprat kan derfor være en god start for ungdom som sliter med å gå videre i samtalen etter et «hei».

Ungdom som strever

Gruppetilbudet i «Small Talk» ved Abup retter seg mot ungdom som strever med småpraten i venneflokken og sosiale settinger. Problemet kan ha oppstått i overgangen til ny skole eller nytt klassetrinn. Eller det kan være unge som sliter med en mer generell redsel for oppmerksomhet og sosial angst, og derfor unngår de fleste sosiale situasjoner

utenom de nærmeste venner og familie. Å dele sine problemer i «Small Talk»-gruppa er bedre enn å løse problemet for eksempel gjennom rusmidler.

Ungdommen selv, pårørende, lærer eller andre kan kontakte behandler på Abup for en innledende samtale før de kan begynne i gruppen.

Tryggere i friminuttet

Mangel på tilhørighet, lav selvfølelse, og gjentatte nederlagsfølelser i sosiale settinger kan være det som bringer ungdom inn i en «Small Talk»-gruppe. Målet er at de skal bli tryggere på småprat i friminuttet og på andre viktige arenaer.

Å mestre disse situasjonene bygger et godt selvbilde, og gjør det tryggere å oppsøke flere ulike arenaer. Det har også i mange tilfeller positiv betydning for valg av utdanning og arbeid. For noen betyr det dessuten at man ikke trenger å ruse seg til mot.

Møtes etter skolen

Gruppemøtene foregår etter skoletid. Hvert møte varer i en og en halv time.

Vi begynner hvert møte med at alle forteller om noe som har vært vanskelig siden sist, og hva som har vært kjekt. For å styrke fellesskapet deltar behandler på dette. På den måten får ungdommene

■ Gruppetilbud til ungdom

- Sørlandet sykehus ved Abup Lister har gruppetilbud med opplæring i «Small Talk».
- Det er et lavterskeltilbud for ungdom i alderen 14 til 20 år som har som mål å mestre småpraten i sosiale situasjoner.
- «Small Talk» gir deltakerne enn annen vei ut av problemet enn for eksempel å ty til rusmidler.



trening i å formidle og bruke stemmen sin. Har man ikke noe å dele kan man melde pass.

Kroppsspråk, nøkkelord og oppfølgingsspørsmål

Vi har stor nytte av boka *Small Talk* (Leikvoll og Arvola, 2008), med 19 forskjellige kapitler.

Tema kan være kroppsspråk, eller hvordan man innleder og holder samtalen i gang ved å finne nøkkelord og bli trygg på oppfølgingsspørsmål. Nøkkelordene hentes fra samtalen med andre hvor ungdommene lærer å lytte etter ord og temaer slik at de kan stille oppfølgingsspørsmål. For eksempel hvis den andre forteller om en treningsaktivitet er nøkkelord trim, trening eller treningssted. Vi snakker om å unngå temaer som ikke innbyr til en hyggelig prat, som for eksempel å spøke på den andres bekostning.

Utfordrende stillhet

Innen hvert hovedtema for kvelden får ungdommene trene på hverandre. Småprat er vanskelig for disse ungdommene. De spontane utspillene kommer ofte først når de trener to sammen eller avslutter med kortspill.

En utfordring for både ungdommene og gruppelederen er stillheten som ofte oppstår i løpet av den halvannen timen møtet varer. Dette er situasjoner som også oppstår i det virkelige liv. Det ligger en læringseffekt i å takle dette.

Trygg i jobbintervju

Erfaringene så langt er positive. Ungdommene sier at trening i kroppsspråk, og det å lære om oppfølgingsspørsmål og lytte etter nøkkelord, gir mening.

En av deltakerne forteller at hun først fikk kognitiv terapi for sin sosiale angst på Abup. Men det var trening i «Small Talk» som ga best resultater. Hun er en stille jente, men mestring og trening i småprat gjorde henne tryggere på seg selv slik at hun nå er mer avslappet og trygg i sosiale settinger.

Hun opplever at «Small Talk» har gjort henne sikrere på sin egen stemme. Det å møte andre i samme situasjon har vært veldig god hjelp. Hun kan

«Hun har skjønt at ingen svar er for dumme.»

nå rekke opp hånda i skoletimen selv om hun er usikker. Hun har skjønt at ingen svar er for dumme. Trening i «Small Talk» hjalp sist sommer da hun søkte sommerjobb og måtte i en times intervju. Hun fikk ikke denne jobben, men mestring av intervju-situasjonen var en god bekreftelse på at treningen i gruppetilbudet hadde hjulpet. ■

Denne artikkelen er skrevet i samarbeid med NAPHAS skrivekurs

Å MESTRE DET SOSIALE: Gruppetilbudet i «Small Talk» ved Abup Lister i Vest-Agder retter seg mot ungdom som strever med småpraten i venneflokken og sosiale settinger. Foto: Colourbox.

SPLITTING: Pasienter kan ha en overforenklet forståelse av virkeligheten, og ser mennesker som enten gode eller onde. Fenomenet kalles splitting. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Basal eksponeringsterapi – i møte med lært hjelpeløshet og «splitting»

I møte med lært hjelpeløshet og «splitting» blir helsepersonell fort viklet inn i et negativt samspill med pasienten. Tilmærmingen i basal eksponeringsterapi kan få prosessen på sporet igjen.

Fenomenene «lært hjelpeløshet» og «splitting» utgjør betydelige behandlingsmessige og driftsmessige utfordringer ved døgnposter innen psykisk helsevern. Å møte pasienter med disse kjennetegnene kan være emosjonelt utfordrende og vekke intense motoverføringsreaksjoner hos helsepersonell (1,2). Når den som er i behandling framstår med et fragmentert selvbylde og aktivt bruker splitting som mestringsstrategi kan samspillet mellom pasient og helsepersonell bli forvirrende og negativt (2). Dette vil kunne føre til at tid og ressurser går med til håndtering av indre splid i behandlingsteamet på bekostning av behandlingskoordinering. Konsekvensen vil ofte være at behandlingsteamet ikke fungerer effektivt, og at personer med behov for langvarige døgnopphold mister evne til å mestre hverdagen i stedet for å bli mer selvstendige (1,3). Hvorvidt man lykkes med å håndtere disse utfordringene i klinikken avhenger i stor grad av hvordan vi som fagpersoner omsetter teoretisk kunnskap om lært hjelpeløshet og splitting i møte med pasienten, og ikke minst, i møte med hverandre.

Helsepersonell med spesialisering i psykisk helsevern kan ha teoretisk kunnskap om lært hjelpeløshet og splitting. Tilmærminger som omsetter kunnskapen i klinisk praksis, er imidlertid i liten grad brukt i døgnseksjoner hvor terapeutiske intervensjoner skal koordineres gjennom tre skift. I denne artikkelen beskrives hvordan en teoretisk forståelse av lært hjelpeløshet og splitting anvendes

Hva er BET?

Basal eksponeringsterapi (BET) er en helhetlig og konsistent behandlingsmodell der elementer fra ulike teorier og terapiretninger pragmatisk integreres ut fra klinisk nytteverdi. BET har fellestrekk med behandlingsmodeller innen tredje bølgen av kognitiv atferdsterapi, hvor formålet er å endre forholdet til det som oppleves som et problem heller enn å forsøke å fjerne selve problemet. Pasientene som prioriteres for BET-programmet har både psykosesyntomer, langvarig forhøyet selvmordsrisiko og omfattende psykososial funksjonssvikt. Behandlingen baseres i liten grad på formelle diagnoser. I BET rettes hovedfokuset mot eksistensielle utfordringer og problemer. Les mer: www.vestreviken.no/bet-utdanning

innenfor rammen av den integrative behandlingsmodellen Basal Eksponeringsterapi (BET; 4,5,6). Artikkelen er rettet mot leger, psykologer og miljøterapeuter som møter lært hjelpeløshet og splitting i sitt arbeid. Da det kun er kvinner som har gjennomgått BET-programmet, brukes hunkjønn som betegnelse på pasienten i kliniske eksempler.

Lært hjelpeløshet

Teorien om lært hjelpeløshet handler om atferdsmessig passivitet som utvikles ved gjentatte mislykkete forsøk på problemløsning (7). Personen har erfart ikke å ha kontroll over utfallet av egne handlinger. Hun har derigjennom mistet tro på evnen til å påvirke egen situasjon, og forblir initiativløs (8). Opplevelsen av hjelpeløshet leder til at personen klamrer seg til håpet om at noen andre skal løse hennes problemer. I noen tilfeller kan også pasientens hjelpeløshet utvikle seg til at hun ikke har noe håp om og tro på at andre kan gjøre noe heller. Helsepersonell kan tross alle gode intensjoner komme til å bygge opp under utviklingen av hjelpeløshet. Et eksempel her er at de stadig tar ansvaret for å finne og lage løsninger for å kompensere for pasientens funksjonssvikt. Når helsepersonell også fortsetter å forsøke å motivere og engasjere pasienten på måter som over tid ikke har vist seg å være nyttige, forblir pasienten en passiv, hjelpeløs tjenestemottaker. Interaksjonen mellom pasienten og behandlingsapparatet kan altså underminere pasientens allerede sviktende mestringsstilling, og føre til at hun ender opp med en opplevelse av å være et håpløst tilfelle. Konsekvensen kan bli et avhengighetsforhold mellom pasienten og behandlingsapparatet, hvor begge parter forsterker en oppfatning om at pasienten ikke evner å endre egen situasjon. Dette er fort gjort i og med at pasienter som framstår hjelpeløse eller sterkt lindringsøkende appellerer til helsepersonells opplevde plikt, og kanskje også behov for «å ordne opp». Slik kan hjelpen som i utgangspunktet var godt ment, virke mot sin hensikt. Hjelpeløsheten kan bli så gjennomgripende at den fører til funksjonssvikt og eskalering av vansker. Denne prosessen kalles i BET for marginaliseringsprosessen (6).



Av **Dag Stormbo**, psykiologspesialist, Tiller DPS, St. Olavs Hospital



Av **Jan Hammer**, spesialistpsykiater, M.Sc., FoU-rådgiver, FoU-avdelingen, Klinik for Psykisk helse og rus, Vestre Viken



Av **Synne Borgejordet**, psykolog ved SPS, Avd. Blakstad, Klinik for Psykisk helse og rus, Vestre Viken



Av **Didrik Heggdal**, psykiologspesialist og faglig ansvarlig for BET-programmet ved SPS, Avd. Blakstad, Klinik for Psykisk helse og rus, Vestre Viken

Hvordan BET møter lært hjelpeløshet

Begrepet kronisk er mye brukt i psykisk helsevern for å beskrive pasienter med flere innleggelses og omfattende behandlingsforsøk uten varig bedring. Disse pasientene utviser typisk lært hjelpeløshet. Når helsepersonell bruker betegnelsen kronisk ligger det implisitt at pasientens problemer er iboende kvaliteter i ham eller henne. Dette problematiseres i BET-modellen, der problemforståelsen vektlegger hvordan pasienten marginaliseres i samhandling med andre (6). Derav benyttes også begrepet *marginalisert* i stedet for *kronisk*.

Behandlingsrammen i BET er forankret i et underregulerende regime bygget på en eksistentiaalistisk antakelse om at ethvert menneske selv skaper sitt liv gjennom dets valg og handlinger (4,6). Dette innebærer i praksis at pasienten gjennomgående møtes med en holdning som sier at hun er et voksent og ansvarlig menneske. Ut ifra denne holdningen forventes det at pasientene vil lære seg hensiktsmessige mestringsstrategier og prøve ut disse hvis behandlingsrammen tilrettelegger for det. Et eksempel på tilrettelegging kan være at pasienter i døgnpast får ansvar for å komme seg til ulike avtaller utenfor sykehuset på egen hånd. Mange innlagte pasienter får hjelp til biltransport av sykehuset fordi de opplever at de ikke klarer eller tør å reise på egen hånd. I BET møtes pasienten med en antakelse om at pasienten vil ordne med transport på egen hånd dersom en avtale er viktig nok. På denne måten ønsker man å gi pasienten mulighet til å lære noe nytt om egen evne til mestring.

Når en pasient problematiserer at det er vanskelig å ta bussen, vil dette bli møtt med validering av

følelser og indre opplevelser som pasienten utviser der og da. Validering i BET har som formål å hjelpe pasienten til å forholde seg til det som er, uansett hvordan det er. Videre benyttes en terapeutisk retorikk som formidler til pasienten at det er hennes valg å handle i tråd med det som er viktig for henne. Dersom pasienten aktivt ber om råd kan terapeuten skissere mulige alternativer (for eksempel at pasienten har valget om å ta bussen, bruke penger på drosje, eller ikke gjennomføre planen sin), men da uten å evaluere eller presentere noen formening om hva pasienten bør velge. Pasienten møtes da som et likeverdig menneske; man hever seg ikke over pasienten, man tar ikke over ansvaret og man begrenser ikke pasientens mulighet til å gjøre valg og til å mobilisere egne ressurser. Ved kun å validere (se pasienten og hennes opplevelser i den vanskelige situasjonen) og underregulere (la ansvaret for valg og løsning ligge hos pasienten) konfronteres hun med sin eksistensielle frihet, dvs. med ansvaret for å skape livet sitt gjennom egne valg og handlinger (4). Pasienten mobiliserer altså sine ressurser ved at hun føler seg sett og gyldiggjort som et menneske i verden, og ved at det ikke er noen som kommer til unnsetning og kompenserer for funksjonssvikt. Alt er opp til pasienten selv og hennes valg.

Dette kan høres enkelt ut, men er i praksis svært krevende å praktisere for de fleste som jobber i helseteansen. Helsepersonell går raskt inn i en modus der de med sosialt innlærte responser på ulike måter forsøker å hjelpe eller styre pasienten, så som ved å gi råd, komme med tolkninger eller ved å tilby trøst. Kunsten for personalet er å ikke ville noe på pasientens vegne og samtidig se pasienten og det pasienten opplever her og nå. Når det ikke skjer noe med mindre pasienten gjør noe selv, vil hun før eller siden komme i bevegelse. I en situasjon preget av likeverdighet vil det åpne seg en mulighet for pasienten til å etablere en dialog med andre om hvilken vei hun ønsker å gå. Måten validering og underregulering brukes i BET kan dermed bidra til å reversere lært hjelpeløshet og fremme autonomi.

Personalet utfordres når pasienter både bevisst og ubevisst, og på ulike måter, framstår som hjelpeløse for å få helsepersonell til å gå aktivt inn og ta ansvar for hvordan ting forløper. Den største kunsten er kanskje å gjenkjenne situasjonene som representerer samspillmessige «fallgruver» slik at personalet kan koordinere hensiktsmessige responser. Hvis underreguleringsregimet ikke er godt nok koordinert, dvs. pasienten ikke gjennomgående

UTFORDRING:

I BET forventes det at pasientene vil lære seg hensiktsmessige mestringsstrategier og prøve ut disse. For eksempel kan en utfordring være å ta bussen alene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



møtes med en underregulerende holdning, viser våre erfaringer at «vinduet» for det eksistensielle fokuset vil lukke seg og at behandlingen blir mindre effektiv. Mye tid brukes derfor i det multidisiplinære BET-teamet på selve samordningen av holdninger og praktisk koordinering. Den terapeutiske holdningen basert på underregulering frigjør mye tid for personalet, og man unngår frustrerende samtaler og konfrontasjoner mellom personale og pasient der personalet vil mer på pasientens vegne enn pasienten selv er klar for.

Splitting

Ingen mennesker forstår verden i all sin kompleksitet og detaljrikdom. Likevel kan noen av ulike årsaker ha større vansker med å romme samtidige gode og ubehagelige følelser og med å integrere både gode og dårlige sider ved en og samme person (9,10). Splitting blir da en måte å organisere verden, og seg selv i forhold til verden, som beskytter det gode og holder det onde på avstand (11). Personer som splitter utviser en overforenklet virkelighetsforståelse hvor en selv og andre kategoriseres som enten gode eller onde.

Splitting er en naturlig psykologisk mekanisme og en vanlig mestringsstrategi som vi alle i noen grad bruker. Det kan imidlertid oppstå store problemer i mellommenneskelig samhandling når en person til stadighet eller gjennomgående forholder seg til andre som enten bare gode eller bare onde (2,9). Splittingen kan gi umiddelbar smertelindring ved at negative oppfatninger av seg selv avspaltes og projiseres over på omgivelsene. Når helsepersonell lett responderer negativt på pasientens overføringer eller projeksjoner, så bekrefter dette for pasienten at egenskapen ligger hos den andre og ikke hos pasienten. Videre vil en pasient som bare kan se en behandler som god og flink, ikke gi plass til at vedkommende også kan gjøre dumme ting eller misforstå noe. En uklarhet fra behandleren kan føre til at behandleren går fra å være god til å bli ond i pasientens øyne. Motsetningsfylte følelser og ambivalens blir da umulig å forholde seg til, og splittingen utgjør en nødvendighet for å forsvare seg mot både det onde og smertefulle samt mot tap av identitetsopplevelse (12). Dersom pasientens splitting blir forsøkt forhindret i sosial samhandling, kan pasienten komme til å regredere og ty til mer dramatiske beskyttelsesstrategier, og også regredere til psykotisk fungering hvis den opplevde belastningen er stor (10).

Hvordan splitting møtes i BET

En splittet personalgruppe vil ofte være en manifestasjon av pasientens splitting (13). Splitting som utspiller seg i personalgruppen kan også være symptomatiske uttrykk for skjulte konflikter knyttet til uttalte holdninger, normer og regler. Dette

«Pasienten klamrer seg til håpet om at noen andre skal løse hennes problemer.»

kan gå vesentlig utover teamets evne til å hjelpe pasienten. De som pasienten anser som de gode vil ofte ha et behov for å redde pasienten, og opplever at de er de eneste som vil kunne klare dette (9). Om helsepersonell har et stort behov for å lindre, for å ta vare på pasienten eller for å bli likt, så kan dette være et hinder for effektiv behandling (1,2,14). Parallelt vil de som utpekes som de onde få en opplevelse av å bli devaluert. Når pasienter idealiserer og devaluerer, og til og med veksler mellom hvem som idealiseres og hvem som devalueres, tolkes det gjerne som manipulerende atferd (1). En slik tolkning kan være grunnet på et ikke-faglig-avviksperspektiv (15). Den undervurderer pasientens behov for splittingen som overlevelsestrategi. Samtidig kan slike tolkninger føre til motoverføringsreaksjoner som bebreidelse og ignorerer (1). Det blir viktig å komme bort fra forestillingen om at pasienten bevisst og motivert prøver å splitte personalgruppen (16).

En sentral holdning i BET er å akseptere splitting som normalt fenomen og som en strategi pasienten bruker for å håndtere sin kaotiske verden. Videre er det vesentlig at behandlingsteamet og dets medlemmer aksepterer rollene de tildeles av pasienten, uavhengig av om man blir sett på som god eller ond. I BET skal personalet til enhver tid fremstå som empatiske og validere pasienten. Det er viktig å vise pasienten at en ikke går i stykker uansett hva hun sier eller gjør. I BET lar man pasienten splitte nettopp for å forebygge regresjon og for å holde pasienten i relasjon og arbeidsallianse. Konsekvensen av at personalet responderer med vennlig validering i møte med splitting er at pasienten litt etter litt trekker tilbake projeksjoner og i økende grad rommer og forholder seg til motsetningene i sitt indre liv. Erfaringsmessig vil splitting opphøre av seg selv når pasienten har utviklet aksept for ubehagelige

og smertefulle følelser og da heller ikke trenger denne strategien for å beskytte seg (10).

I BET jobber man altså med splittingen og ikke imot. Hvordan det oppleves å bli devaluert eller idealisert tas opp i møter og dialoger med kollegaer; det gjøres ikke til gjenstand for fokus i selve pasientarbeidet. Teamets jobb er å stå som solid

«Å være det onde objektet bør gjøres til en ærefull jobb.»

støtte bak «det onde objektet» – ikke mot pasienten, men med den som har den rollen. Likeledes er det viktig i terapeutisk håndtering av splitting at det «gode objektet» som idealiseres identifiseres. Den idealiserte trenger et overordnet perspektiv på hva som foregår for å koordinere sitt bidrag inn i det helhetlige arbeidet. En fallgrube for den idealiserte er at han eller hun «tar av» og legger opp til utfordringer som pasienten ikke er klar for, og samtidig tilbyr bistand som forsterker pasientens avhengighet av hjelpere. «Det gode objektet» trenger hjelp til å håndtere rollen slik at rolleinnhaverens funksjon tjener de langsiktige, terapeutiske målsettingene.

I møte med pasienten går personalet verken i diskusjon eller konfrontasjon eller er «enig» med henne. De bekrefter gjennomgående pasientens opplevelse av at en ansatt er ond eller udugelig («*det må være slitsomt når du opplever det slik*»), og at en annen er flink og omtensksom («*det høres ut som du i møter med x føler deg forstått og tatt vare på*»). På denne måten rommer den miljøterapeutiske arenaen hele pasienten, og gir pasienten mulighet til å erfare at motsetninger kan leve side om side.

Å jobbe med splitting handler om at teamet og hver medarbeider tar imot og aksepterer roller de får tildelt av pasienter som bruker splitting, og at man sammen finner ut hvilke funksjoner rollene har og hvordan man kan bruke dette i det terapeutiske arbeidet. Hovedregelen er at rollene man får gjennom pasientens splitting ikke endrer holdningen hos medarbeiderne og oppgavefordelingen i teamet. Det kan imidlertid noen ganger være nyttig å spille på splittingen ved å tilpasse fordelingen av oppgaver. Dette må i så fall være gjennomdiskutert og forstått av alle i personalgruppen. BET-teamet kan for eksempel tillate at pasienten «avsetter» en behandler eller co-terapeut (som oftest er miljøterapeuter) dersom det anses som en hensiktsmessig

måte å møte splittingen på, og som hensiktsmessig i et langsiktig terapeutisk perspektiv.

Å forsøke å snakke om splitting med en pasient som kanskje ikke er bevisst sitt bidrag i samhandlingen og heller ikke innstilt på samarbeid, vil kunne bidra til å forsterke, heller enn å moderere, splittende atferd og konsekvenser av splitting. BET-teamet snakker ikke med pasientene om splitting uten at pasienten eventuelt selv tar opp sin mentale organisering av verden og omgivelsene som en utfordring eller et problem. At pasienten selv tar opp dette er første indikasjon på en økende evne til nyansering av virkeligheten. Personale er da påpasselig med at det er pasienten selv som leder an i dialogen.

Grunnregelen er at personalet identifiserer og planlegger håndtering av splitting for å forebygge marginaliserende samhandling og optimalisere muligheten for etablering av en terapeutisk arbeidsallianse med pasienten. Ved å fokusere på og vektlegge analysering av splitting i personalgruppen, har man muligheten til å forstå splittingen i pasientens mentale liv (13). I sykehusposter som ikke evner dette, vil splitting kunne ha store, negative konsekvenser både for pasienten og personalet. Helsepersonell har behov for å bli anerkjent av sine kollegaer, ikke minst de som kommer ut som onde og udugelige i pasientens øyne. Å være det «onde objektet» bør gjøres til en ærefull jobb. Det er de som får denne rollen som bærer den tyngste børen, og at de klarer å bære den vil kunne være avgjørende for at pasienten kommer seg ut av sykehuset og mestrer livet utenfor.

Oppsummering

I klinikken gir både lært hjelpeløshet og splitting klar klinisk mening og er nyttige begreper i behandlingsplanlegging – og evaluering. Vi har verken forsøkt å gi et totalt bilde av BET, eller alle holdninger og arbeidsmåter i forhold til lært hjelpeløshet og splitting. Artikkelenes hensikt var å gi et bilde av BET-modellens syn på og tilnærming til disse to fenomenene. Vår hypotese er at operasjonaliseringen av teoretisk kunnskap og måten denne koordineres gjennom tre skift, er en avgjørende faktor som kan fremme effektiv behandling. Det kan se ut som et systematisk implementeringsarbeid er nøkkelen, og dette vil antakelig gjelde for enhver behandlingsform som anvendes i arbeid med kompliserte fenomener som lært hjelpeløshet og splitting. ■



PERSONALMØTE: Behandlerne kan bli oppfattet av pasienten som onde eller gode. De ansatte må håndtere dette gjennom samarbeid. Kolleger skal anerkjenne hverandre, selv om noen kommer ut som onde og udugelige i pasientens øyne. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Referanser:

- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (2000). Management of countertransference with borderline patients. New York: Jason Aronson.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). Difficult patients in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795–802.
- Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC psychiatry*, 13(1), 169.
- Hammer, J., & Heggdal, D. (2011). Vil BET bidra til mer effektiv behandling. *Psykisk Helse og Rus*, 22(3), 12–17.
- Heggdal, D. (2011). På vei til et liv det går an å leve-om basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(4), 344–349.
- Heggdal, D., Lillelien, A., Johnsrud, S. S., & Dyrhol Paulsen, C. (2013). Basal eksponeringsterapi: en vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. *Dialog*, 23(4), 7–19.
- Seligman, M. E. (1992). Helplessness: On development, depression and death. New York: WH Freeman.
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1993). Learned helplessness: A theory for the age of personal control. New York: Oxford University Press.
- Carsrer, D. (1979). The defense mechanism of splitting: developmental origins, effects on staff, recommendations for nursing care. *Journal of psychiatric nursing and mental health services*, 17(3), 21–28.
- Kernberg, O. F. (1995). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Masterson, J. F. (2000). *A New Look at the Developmental Self and Object Relations Approach: The Personality Disorders*. Phoenix: Zeig Tucker & Theisen Publishers.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65–79.
- Thorgaard, L. (2006). *Relationsbehandling i psykiatrien: Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., & Dexter, N. (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 37, 923–928.
- Vatne, S. (2006). *Korrigerer og anerkjenner: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kåver, A., & Nilsson, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Trivselstiltak skal hjelpe barn av psykisk syke

På Tirsdagstreffet kan psykisk syke foreldre dele erfaringer, mens barna deres får gode opplevelser gjennom lek og samtaler. På denne måten vil vi forebygge psykiske lidelser hos barna.



■ Av Kjellaug L. Lea, helse-søster Alstad barne-skole, gruppe-leder i Tirsdagstreffet ved Mørkved familiesenter.

Tirsdagstreffet er en nettverksgruppe for foreldre som strever psykisk og deres barn i alder 0 - 12 år. Det er et lavterskeltilbud. Brukerne definerer selv hva det vil si å streve psykisk, og de trenger ingen henvisning fra lege eller en diagnose for å benytte seg av tilbudet. Foreldrene og barna møtes annenhver uke. Vi har åpent mellom 16.00 og 19.30. Treffet ledes av fire gruppeledere.

Det vektlegges stor grad av brukerstyring. Brukerne er med og bestemmer innhold i treffet og minst én representant for brukerne er med i planleggingen, der det settes opp en halvårsplan.

Forskning viser at barn av psykisk syke er i risikogruppe for selv å utvikle psykiske problemer senere i livet. Dette ønsker vi å forebygge gjennom å styrke barnets beskyttelsesfaktorer.

Det gjør vi blant annet ved å

- styrke barnas kontakt med foreldrene og andre voksne.
- gi barna gode erfaringer gjennom lek og samvær med andre barn
- hjelpe til med å utvikle et språk for følelser og hjelp til å snakke sammen.
- gi barna mestringsopplevelser

Bakgrunn

Høsten 2006 inviterte psykiske helsearbeidere i Bodø kommune til et møte for å drøfte manglende tilbud til barn med psykisk syke foreldre. Foreldre som hadde

deltatt på et gruppetilbud i tilknytning til innleggelse ved Nordlandssykehuset etterlyste et bedre kommunalt tilbud til seg og sine barn. I løpet av 2007 var treffet en realitet og ble vedtatt videreført i 2008 gjennom ordinær drift i et samarbeid mellom Helse- og sosialavdelingen (HS), og oppvekst og kulturavdelingen (OK). Treffet ble utformet i nært samarbeid med foreldreprerentant og fulgt og evaluert i masterstudien «Vi ses på tirsdag!» (Skogøy 2009).

Felles middag

Tidsklemma er en del av hverdagen for de fleste barnefamilier. Det ble derfor tidlig bestemt at middagslaging skulle prioriteres. Dette for å få bedre tid til å være sammen.

Det har etter hvert vist seg at dette var nyttig også av andre grunner. Barna kan være med å forberede middagen og opplever mestring med det. De voksne skryter av maten og forteller hvor flinke barna har vært. Måltidet starter med at et av barna tenner et lys på bordet og barna velger en sang de vil synge, vi ønsker en god stemning ved bordet. Når alle har forsynt seg og falt til ro rundt bordet snakker vi hyggelig sammen om hva barna har opplevd siden sist vi møttes. Barna er flinke til å lytte til hverandre, men noen ganger må man rekke opp ei hånd for å komme til orde. Vår oppgave som gruppeledere er å påse at alle barna blir sett og bekreftet på en god måte.

Etter middag har vi en felles aktivitet, gjerne høyt-

lesning fra ei barnebok, en liten historie som tematiserer følelser som redsel, sinne, glede, tristhet, vennskap og forandring. En av foreldrene kan lese høyt hvis de ønsker.

Så deler man seg i to grupper. Foreldrene har samtalegruppe hvor de sammen med to gruppeledere eventuelt fortsetter på det temaet de startet med under høytlesningen. Andre tema som drøftes er utfordringer i forelderrollen og positivt samspill med sine barn.

Aktivitetsgruppe

Barna har sin aktivitetsgruppe. Også her kan man fortsette på det temaet som ble tatt opp i fellesstunden. Barna leker, tegner, maler og gjør andre hyggelige ting. En utfordring kan være å finne aktiviteter som fenger ved stor aldersspredning i gruppen.

Før vi avslutter kvelden møtes alle, og foreldrene ser hva barna har arbeidet med i løpet av kvelden og gir positiv tilbakemelding på dette.

Forebyggende tiltak

Treffet er ment å være et forebyggende tiltak for barn. Det er utviklet i samråd med foreldrene selv og skal være et ikke-terapeutisk tilbud. Flere av foreldrene opplever treffet som forebyggende i forhold til egen psykisk helse. De møter likesinnede, deler erfaringer og får «lettet litt på trykket» slik at de føler seg bedre. Gruppetilbudet bidrar til å bygge ned tabuer rundt det å slite psykisk og styrker foreldrenes evne til å snakke egen og barnas sak. Gruppen bidrar til fellesskap med andre familier. Vi er lokalisert på Mørkved familiesenter som ligger noen kilometer utenfor Bodø by, men vi rekrutterer familier fra hele kommunen. Siden familiene bor spredt, er det opp til den enkelte å gjøre avtaler om de vil ha kontakt utenom hver fjortende dag.

«Barn av psykisk syke er i risikogruppe for selv å utvikle psykiske problemer.»

Det søkes om inntak i treffet. Vi har en grense på fem til åtte familier, dette har med plassforhold og organisering å gjøre. Både voksne og barn er glade i å dra på turer i naturen. Vi har et flott uteområde og planlegger turer, men kan også ta det på sparket når det passer.

Må møte andre

I tirsdagstreffet blir man «tvunget» til å møte folk, til å være aktiv med ungene sine. Faren for isolasjon

enten frivillig eller ufrivillig er stor i familier som sliter i hverdagen. Hos oss skal barnet oppleve å bli møtt og sett utfra sitt utviklingsnivå, de større barna kan få hjelp til å sette ord på følelser og tanker. En gutt på ni år sier det slik: «Ho har en sykdom som gjør at ho kan bli veldig fort lei sæ og sur, og så e tirsdagstreffet sånn at vi ska vite at vi ikke e aleina med det.» (Skogøy 2009).

Erfaringer

Evaluering av Tirsdagstreffet viser at brukerne er fornøyd, men det har også vist at det er et behov for å identifisere disse familiene tidligere, og for



SOSIALT: På Tirsdagstreffet møter foreldrene andre voksne som er psykisk syke - og de får trening i å omgås andre. Illustrasjon: Colourbox.

en bedre koordinering i kommunen av tilbud. Flere av foreldrene har psykiske vansker som tidligere har medført innleggelse eller poliklinisk behandling. Flere av barna har vært i behandling på BUP.

Tverrfaglig samarbeid rundt barn av psykisk syke foreldre har vært gjenstand for mye famling og usikkerhet. Det er viktig at barnets nærmeste opplever å bevare sin foreldreautoritet.

Psykisk sykdom som depresjon og psykoser vil påvirke foreldrefunksjon og familielivet på forskjellige måter, det er viktig å skaffe seg en oversikt over barnets omsorgssituasjon.

I Føre Var prosjektet 2009-2011 ved prosjektleder Bjørg Eva Skogøy, blei det utformet et kartleggings-skjema til bruk i legetjenesten og i psykisk helsevern, og kommunen etablerte en koordinator for *Barn som pårørende* til å ta imot henvendelser.

Samhandling og koordinering i kommunen er viktig for å lykkes med å etablere forebyggende tiltak.

«Det er viktig å bryte ned tabuer.»

Dette krever mer åpenhet rundt familier som strever psykisk og et fordomsfritt møte med mennesker i hjelpeapparatet som skaper tillit. Det er viktig å bryte ned tabuer rundt det å snakke med foreldre som strever psykisk om hva dette kan bety for foreldrenes omsorgsevne. Helsefremmende og forebyggende tiltak for denne målgruppen har et betydelig potensial for nytenking og utvikling av samhandling.

Personalet

Vi som arbeider i treffet har forskjellig erfaringsbakgrunn og bidrar med vår tverrfaglighet. En er psykiatrisk hjelpepleier, en er utdannet førskolelærer, en sosionom og jeg som er helsesøster med videreutdanning innen psykisk helse og arbeider i barneskolen. Vi gruppelederne avslutter alltid treffet med å oppsummere kvelden og gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger. Vi ser at vi kan utfylle hverandre og bidra med vår faglighet. I tillegg har vi hatt behov for veiledning på både praktiske og etiske problemstillinger, vi har fått det fra flere hold, nå i dag fra nytilsatt kommunepsykolog. Foreldrenes tillit bevares ved at vi er i dialog og innhenter samtykke for å snakke

med enkeltbarn eller for å formidle kontakt til andre i barnevern, skole og barnehage og barnets helsesøster.

Vi er stadig åpen for utviklingsarbeid. Undertegnede startet i Tirsdagstreffet etter nyttår og har fått være med å drøfte måldokument for treffet og utforme et nytt skjema for en kartleggingssamtale før inntak i treffet. Denne «bli-kjent-samtalen» gir en bedre start for foreldre og barn og klargjør forventninger oss imellom. Vi vil jobbe for mer plass til individuelle samtaler med foreldre og barn og eventuelt mer foreldreveiledning underveis. Flere av brukerne har vært med over flere år, og det tyder på at de trives - eller at disse foreldrene ikke finner tilbud som kan erstatte tirsdagstreffet.

Fra 1.januar 2010 ble det vedtatt en lovendring som gir alt helsepersonell plikt til å bidra til at barn som pårørende får informasjon, og nødvendig støtte og oppfølging. Gjennom jobben i Tirsdagstreffet har jeg mulighet til å oppfordre foreldrene til å være åpen om sin situasjon ovenfor barnehage og skole. Overraskende nok har jeg opplevd at enkelte holder sin situasjon «hemmelig» også ovenfor barnets helsesøster, til tross for at de er i behandling innenfor psykisk helsevern. Dette mener jeg forhindrer at barnet får utvidet den støtte og oppfølging som det kunne ha fått og har krav på.

Tirsdagstreffet er et sosialt møtested for foreldre som strever psykisk, og ikke minst for deres barn; et trivselstiltak med en forebyggende hensikt. Det åpner absolutt opp for at jeg som helsesøster kan tenke helse i alt jeg gjør. At vi som arbeider i treffet har forskjellig faglig bakgrunn ser vi på som en styrke, om vi stort sett kan gjøre samme arbeidsoppgaver vil nok en pedagog, en sosionom og en helsesøster ha litt forskjellig tilnærming. Det blir det god samhandling av som kommer disse barna til gode. ■



LEK: Det er mye lek og moro på treffene, noe barna setter stor pris på. Illustrasjon: Colourbox.

Nytt spørreskjema måler tvang

Spørreskjema om opplevelse av tvang i helsetjenesten
Experienced Coercion Scale (ECS)

Følgende 15 spørsmål er utviklet av Olav Nytingnes ved FOU-avdeling psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus. Det pågår også arbeid for å utvikle en versjon som er tilpasset ungdom i psykiske helsetjenester.

Hvert enkelt spørsmål er utformet som et spørsmål om hvordan du opplever tvang i helsetjenesten. Svarene vil gjøre det mulig å måle hvordan pasienter i psykisk helsetjeneste har opplevd tvang.

Spørsmål	Ikke noe eller sjelden	Sjelden	Ofte	Sjelden	Ofte
1. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg blir tvunget til å ta med meg medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utviklet av Olav Nytingnes 2012. Akershus universitetssykehus. FOU-avdeling psykisk helsevern.

Et skjema med 15 spørsmål gjør det mulig å måle hvordan pasienter i psykisk helsetjeneste har opplevd tvang. Tekst Johan Alvik

Svarene vil gjøre det mulig å skaffe kunnskap, justere egen praksis og reflektere over de opplevelsene folk har, sier direktør Gitte Huus i avdeling for Psykisk helsevern og rus i Helsedirektoratet til Helsedirektoratet.no.

Ifølge Helsedirektoratet er måleverktøyet Experienced Coercion Scale (ECS) prøvd ut i døgnposter, ambulante team og bofellesskap med støtte. Skjemaet skal være enkelt å bruke og lett å tolke. Det kan brukes ved akuttinnleggelser og andre døgnopphold, i poliklinisk eller ambulant behandling, og i kommunalt psykisk helsearbeid. Måleverktøyet kan fritt kopieres og brukes.

Aktuelle bruksområder, i tillegg til

forskning, er lokal kvalitetsutvikling, sammenlikning med tilsvarende poster, og til å måle om utviklingsprosjekter faktisk leder til endringer i opplevd tvang.

«Svarene gjør det mulig å reflektere over de opplevelsene folk har.»

– Ved å få systematisk tilbakemelding på hvordan pasientene har opplevd å bli underlagt behandling med tvang, gir det en mulighet til å se på og justere egen praksis og stadig utvikle kvaliteten på de tjenestene en gir, sier Huus.

Experienced Coercion Scale er utviklet av stipendiat Olav Nytingnes ved FOU-avdeling psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus. Det pågår også arbeid for å utvikle en versjon som er tilpasset ungdom i psykiske helsetjenester.

Utvikling og utprøving av dette måleverktøyet er finansiert av Helsedirektoratet og er en del av den nasjonale strategien for økt frivillighet og bedre kvalitet i psykiske helsetjenester. ■

Skjemaet kan lastes ned som pdf på: [helsedirektoratet.no/Om/nyheter Documents/OT-Experienced%20Coercion%20Scale%20\(ECS\).pdf](https://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/OT-Experienced%20Coercion%20Scale%20(ECS).pdf)

Kilde: Helsedirektoratet.no



Færre innleggelseser krever tettere samarbeid

For å få antallet innleggelseser ned må fastlege, kommunal psykisk helsetjeneste og ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) samarbeide mye tettere enn i dag.

■ Av Cille Steinfeldt-Foss, jobber i det ambulante akutteamet ved Aust-Agder distriktpsikiatriske sentre.

Som enhetsleder for ett av landets 56 ambulante akutteam ser jeg noen ganger at de politiske føringene om samhandling og lokal hjelp der folk bor ikke stemmer med det som faktisk skjer.

Kjenner ikke hverandre

Ambulant akutteam bør ideelt sett være et forsterkende ledd som samhandler med kommunale psykisk helsetjenester og fastlege, for å sikre god hjelp der folk bor og unngå innleggelseser. Teamet vårt har 16 ansatte, med blant annet psykologspesialist, barnevernspedagog, sosionom, psykiatrisk sykepleier, lege og psykiater. Vi har ikke egne kontorer, og baserer oss på å møte pasientene i hjemmet.

Ofta erfarer vi som team at fastleger og kommu-

nal psykisk helsetjeneste verken kjenner hverandre eller har drøftet pasienten. På grunn av manglende samarbeid både internt i kommunene og mellom oss og dem, får vi henvisning om pasienten først når det er gått altfor langt. Pasientene har rukket å havne i en psykisk krise med selvmordstanker, symptomer på psykose, eller annet symptombilde som gir stor grad av funksjonshemming. Dermed blir innleggelse oftere løsningen enn det som er nødvendig.

Ett stort lag

Som ambulante akutteam mener jeg at vi bør jobbe forebyggende så langt vi kan. For eksempel kan vi være et midlertidig forsterkende ledd i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Vi bør etter min mening ikke bare være et mellomledd ved innleg-

gelse. Fastleger og kommunal psykisk helsetjeneste bør tilstrebe å samarbeide med hverandre. Ansvarsgruppe bør bli en standard samarbeidsform, til beste for pasientene og deres familier.

Konsekvenser av det manglende samarbeidet i kommunene blir ofte at vi må hjelpe pasienter med henvisninger til kommunal psykisk helsetjeneste, kontakt med NAV, fastlege, psykiatrisk poliklinikk og andre aktuelle instanser. De kommunale tjenestene med fastlegene må se på hverandre som ett team, som skal sikre pasienter god kontinuitet i behandlingen. Ambulante akutteam kan og skal være en midlertidig forsterkning i samarbeid med dem, ikke være nødt til å hjelpe pasientene med hvor i kommunene, NAV og/eller spesialisthelsetjenesten de skal henvende seg for å få hjelp.

Geografiske forskjeller

Tilgjengelighet, trygghet og forutsigbarhet bør være styrende prinsipper. Pasienter som har vært innlagt må informeres om ambulant akutteam ved utskrivelse, men primært må det være helsepersonell i kommunen som kontakter oss ved behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Min erfaring fra tidligere arbeid i Finnmark er at der det er geografiske forhold med lang vei til institusjon tvinges det frem et godt og tverrfaglig samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten, som gjør at pasienter primært kan behandles hjemme. Det er altså mulig å få til. Det handler om vilje.

Feil retning

Foreløpig er det etablert 56 ambulante akutteam i Norge. Mye tyder på stor variasjon i hvordan de jobber, og det er foreløpig uklart hva ulikhetene betyr for brukere og pårørende. Ved Aust-Agder DPS har vårt team vært i drift siden 2006.

Det siste året har vi lagt om måten å drive på i en retning som jeg mener gjør oss mindre i stand til å bidra i den tidlige fasen av et sykdomsforløp.

Bedre før

Fra 2006 til 2013 var vakttelefonen vår tilnærmet åpen. Vi tok imot telefoniske henvisninger fra helsepersonell, og avviste verken pasienter eller pårørende som ringte om sine bekymringer. På denne måten kom vi tidligere til i et sykdomsforløp. Vi kunne oftest hjelpe pasienten med behandling, medisiner og annet uten at innleggelse ble nødvendig.

Fra februar 2013 fikk vi ansvar for vakttelefonen

Ambulante akutteam

- Etablert i nesten hele Norge for å hjelpe pasienter i psykisk krise uten å bruke akutte innleggelse. Foreløpig er det 56 akutt team i Norge.
- Teamet dekker 15 kommuner. De har ikke egne kontorer, og baserer seg på å møte pasientene i hjemmet deres eller annet sted etter ønske fra pasienten.
- Teamet består av 16 personer, deriblant psykologspesialist, barnevernspedagog, sosionom, psykiatrisk sykepleier, lege, sekretær, overlege og enhetsleder.

i Aust-Agder mellom klokka 8 og 22, og en responstid på fire timer (tiden det tar å kjøre fra Hovden til Arendal) for kontakt med pasienten. Det at vi har fått en portvaktfunksjon med hensyn til alle innleggelse i Aust-Agder gjør at pasienter og pårørende vi møter oftest er i en alvorlig psykisk krise. Vi har mistet noe av den muligheten vi tidligere hadde til å få hjulpet før symptomene blir for alvorlige.

Store konsekvenser

Alle våre pasienter får tilbud om hjemmebesøk samme dag vi får henvisning fra fastlege. Det gjør at vi får en unik mulighet til pårørendesamarbeid, men når situasjonen har blitt krisepreget er det vanskelig å motivere for alternativer til innleggelse.

Manglende samarbeid og feil organisering av deler av tjenestene går utover pasientene, når de får en forverring som ikke fanges opp tidlig nok. Ofte med store konsekvenser for parforhold, barn, arbeid og andre viktige livsområder.

«Tilgjengelighet, trygghet og forutsigbarhet bør være styrende prinsipper.»

For å forebygge behov for innleggelse og forverring av sykdom trenger pasienter og pårørende tilgang til lokal hjelp tidligere, gjerne i form av innsatsteam. Dette kan være psykoedukasjon, livsmestringskurs, KID-kurs, familierådgivingskontor, støtte fra NAV og boveiledertjeneste.

Dersom dette skal fungere må tjenestene samarbeide tettere og bedre enn i dag, og gjerne be om midlertidig forsterkning, veiledning og hjelp fra et tverrfaglig ambulant akutteam. ■

Denne artikkelen er skrevet i samarbeid med NAPHAS skrivekurs.

Må skaffe flere kliniske spesialister

En kommunal satsing på økt klinisk spesialistkompetanse vil styrke kvaliteten på psykiske helsetjenester.



Av Anne-Lill Haabeth, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Psykisk helsetjeneste Sør-Varanger kommune

Samhandlingsreformen er innført i alle kommuner fra 2012. Helsetjenesteoppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dette medfører at høyere krav stilles til fagkompetanse, og endringer kreves. Dette gir kommunene et økt ansvar for kompetanseutvikling. Personer med helsefaglig autorisasjon har også et individuelt ansvar for å holde seg faglig oppdatert og utøve en faglig forsvarlig tjeneste. Men kommunene må være tilretteleggere.

I takt med tiden

Flertallet av søknadene til Norsk sykepleierforbunds godkjenningskomité for kliniske spesialister innen psykisk helsearbeid kommer fra spesialisthelsetjenesten. Det er på tide at også kommunene øker sitt fokus på denne type kompetanseutvikling.

Den stadige nedbyggingen av distriktpsikiatriske døgnenheter gjør at dårlige brukere får færre og mer kortvarige innleggelse. Psykiatrisk poliklinikk har endret og avgrenset kriteriene for hvilke pasienthenvisninger de tar imot. Samhandlings-reformen vil fra 2016 legge føringer for opprettelse av kommunale psykiatriske akuttstenger. Det kreves økt kompetanse og oppfølging i forhold til ROP-lidelser. Ved at flere skal ha sitt behandlingstilbud i kommunen, gis det kommunale hjelpeapparatet flere og nye faglige utfordringer. Dette igjen krever økt faglig og oppdatert kompetanse innen ulike deler av kommunens hjelpeapparat.

Utfordringene gjør at kommunene må sette i gang kompetanseheving på flere fagområder, blant annet innen psykisk helsearbeid. En kommunal satsing på klinisk spesialistkompetanse gjennom et klinisk-stige

program vil være et godt bidrag. Kommunen får da en faglig videreutvikling som er i takt med tiden. En grundig kartlegging av kompetansebehovet vil sikre at studieprogrammet har et realistisk innhold.

Klinisk spesialist

Flere bachelorutdanninger relatert til psykisk helse har godkjenningsordninger for klinisk spesialist gjennom sine fagforbund. Godkjenningen baserer seg på fastlagte kriterier og krav til dokumentasjon. Ordningen representerer en klinisk karrierevei, og skal gi inspirasjon og motivasjon til faglig utvikling.

Godkjenningsordningen bygger på en modell med praksisnær etter- og videreutdanning, der klinisk praksis er knyttet til for eksempel psykiatrisk sykehus, DPS døgnenhet, poliklinikk eller psykisk helsetjeneste i en kommune.

Den enkelte ansatte søker etter gjennomført program sin respektive fagforening om formell godkjenning som klinisk spesialist, og vedlegger nødvendig dokumentasjon ut fra kriteriene. Det er også mulig å søke godkjenning gjennom et individuelt løp utenom programmet, men kriteriene må følges.

Klinisk stige

Kompetansen opparbeides gjennom en klinisk stige. Det vil si at arbeidsgiver tilbyr et på forhånd utarbeidet kompetansehevsprogram. Innholdet i programmet tar utgangspunkt i arbeidsstedets behov for kompetanseutvikling og kvalitetsforbedring. Programmet består av klinisk praksis innenfor psykisk helsefeltet, veiledning individuelt og i gruppe, teoretisk fordypping og et faglig prosjekt.



KORTE INNLEGGELSER: Dårlige brukere får færre og mer kortvarige innleggelses. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Utdanningen pågår over flere år, og foregår parallelt med at man er i sin ordinære jobb. En klinisk stige representerer praksisnær kunnskap. Den enkelte fordyper seg innen et selvvalgt fagområde, samtidig som en følger et felles program. Som godkjent klinisk spesialist følger vanligvis en lønnsøkning.

Stort personlig utbytte

Ti år etter at NSF startet sitt klinisk spesialistprogram ble det gjort en studie for å se på hvilket utbytte sykepleiere hadde av godkjenningsordningen. Spørreskjema ble sendt til samtlige godkjente kliniske spesialister. I tillegg ble det gjort intervjuer med ledelsen på tre sykehus og i en kommune.

Sykepleierne ga uttrykk for et stort personlig utbytte, gjennom økte faglige kunnskaper, styrket selv-tillit både på det personlige og profesjonelle plan, samt bedre relasjonelle ferdigheter. Sykepleiefaglig veiledning og oppgaveskriving ble trukket fram som sentrale for den sterke personlige utviklingen. Mange opplevde at de fikk brukt mye av det de har lært i det pasientrettede arbeidet. Mange torde å ta på seg nye utfordringer.

Andre undersøkelser viser at det å delta i slike kompetanseutviklingsprosjekter i seg selv gir en positiv gevinst. De blir «sett», og føler at de er viktige fordi ledelsen har satset på dem.

Tilrettelegging

Kommunen eller spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for å ta initiativ til å igangsette et klinisk-stige pro-

gram, med utgangspunkt i fagforeningenes kriterier. Her kan det lages ulike samarbeidsmodeller på tvers av nivå og kommuner, og i et samarbeid med høyskolen. Det utarbeides interne opplæringsprogram med psykisk helsearbeid som hovedtema. Den kliniske stigen tilpasses individuelt. Samhandlingsre-

«Må sette i gang kompetanseheving.»

formen og arbeidsstedets spesifikke behov vil være styrende for hvilke fagområder man prioriterer.

En større faglig gevinst kan oppnås om man i tillegg til personell med ulike bachelorutdanninger også gir tilbudet til omsorgsarbeidere.

I endring

NSF jobber med å lage en modell for framtidens spesialistutdanning og krav til kompetanse. Herunder ligger også en revidering av klinisk spesialistordningen. Endring av modellen er blant annet en følge av at videreutdanningene nå går inn i et masterløp. Det samme vil gjelde for de andre høyskolegruppers fagforbund. Informasjon og kriterier for klinisk spesialist finnes på de ulike fagforeningers hjemmesider, og bør være fortløpende oppdatert. ■

Artikkelen er skrevet i samarbeid med NAPHAS skrivekurs.



Rus og helsekonferansen 20. - 21. november 2014 i Trondheim

Tema: «Den det gjelder - erfaring gir praksis»

Her er foreløpig program til Rus og helsekonferansen i Trondheim i november.



Foreløpig program

- Helsehjelp til personer med ruslidelser, ved Stian Biong
- Hva hjelper, ved Jon Dahl.
Egen historie fra misbruker til hjelper, erfaringskonsulent i Kirken bymisjon, prosjekt FRI, overgang fra fengsel til egen bolig.
- Rus i et livsløpsperspektiv.
Foredragsholder ikke avklart
- Det gyllene øyeblikket. Hvordan møte brukerne på en offensiv måte i de ulike tjenestene, ved Ine Weum
- Fra offer til kriger, ved Linda Øye og Bjarne Johansen.
- Brukermedvirkning i TSB en myte?, ved Erik Torjussen, erfaringskonsulent i Agder forskning.
- Brukere og fag på sammen lag, ved Øyvind Arntzen og Tina Hadeland, Sarpsborg boligkontor
- Alkohol i et samfunnsperspektiv, ved Lars Kittelsen, forfatter og journalist

Parallellsesjoner

1. Praktisk hjelpemidler

- Ressurser på internett
- Praktisk bruk av Audit og Dudit v/ Bjarne Sælevik
- ROP veilederen, – ROP retningslinjene i et recovery-perspektiv (RIO) v/Pål Berger

2. Erfaringer

- ACT team
- Housing first
- Rask psykisk helsehjelp

3. Forskning

- Hvordan kan vi forstå at folk blir værende i åpne illegale rusmiljøer, ved Trond Grønnestad
- Bruk av psyko, ved Ingun Haug

Arrangør:

NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR), i samarbeid med NSF, RIO, KORUS Midt-Norge, NAPHA

Innkallingsbrev skal ikke være bussbillett

Pasienter i Hedmark måtte vise innkallelsesbrevet fra sykehuset til bussjåføren for å få reise gratis til behandling, og det opplevde flere av dem som ukomfortabelt. SPoR Hedmark tok saken opp med Rådet for sykepleieetikk - og det har fått positive konsekvenser.

Tekst Randi Olufsen Aasen og Evy Norum

SPoR Hedmark har startet intern faggruppe innenfor SI, og har møte hver fjerde uke med oppsatte tema. Vi fikk inn en problemstilling om transportordning, og henvendte oss til sykepleiefaglig etisk råd. Saken er:

Samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Innlandet, Opplandsk trafikk og Hedmark trafikk. Dette er et KID-prosjekt, og KID står for kollektivtransport i distriktet, et prosjekt i regi av samferdselsdepartementet. Målet er å få flere pasienter til å velge buss framfor bil.

Sitat fra brosjyren: «I prosjektperioden vil busstransport til og fra behandling og undersøkelse i spesialisthelsetjenesten være gratis.» «Innkallingsbrevet er billett for pasient og eventuell ledsager på disse bussene. For noen pasienter vil innkallingsbrev være erstattet med timekort eller tekstmelding på mobiltelefon (SMS). Det betales ikke egenandel på bussreisen». (SMS må pasienten sende bestilling på hos pasientreiser hver gang de skal til behandling).

Videre heter det: «Buss erstatter bil. Med hjemmel i Syketransportforskriften §5 Dekning av reiseutgifter, kan krav om refusjon av utgifter på reiser som kunne vært foretatt med gratisbussene, kunne bli avslått, da dette er å oppfatte som det billigste alternativet».

Flere pasienter har gitt tilbakemelding til behandlere innenfor psykisk helsevern at det ikke føles komfortabelt å vise fram innkallingsbrevet. Enkelte har opplevd problemer i forhold til at sjåførene ikke har kjent til ordningen og pasientene har følt seg beskyldt for å lyve. Det verserer historier med tilsvarende problematikk fra pasientgrupper generelt i systemet, og sier vel noe om at pasienter ikke ønsker å dokumentere overfor en transportør hvilken lidelseshistorie de har.

Brudd på taushetsplikten

Svaret fra sykepleiefaglig etisk råd er entydig og klart. De har behandlet saken basert på de opplysninger som de fikk fra SPoR Hedmark 17. oktober i fjor. Sitat: *Saken omhandler både juridiske og etiske aspekter og Rådet vil sette fokus på dette. Fra et miljømessig synspunkt må vi aller først berømme tiltaket med å få flere pasienter til å velge buss framfor bil. Tanken på at pasienter kan reise kollektivt er bra men måten det er gjort på er, slik Rådet ser det, juridisk straffbart.*

Det hører ingen plass hjemme at pasienter må vise frem innkallingsbrevet for å bruke det som billett. Slik Rådet ser saken så er dette blant annet brudd på taushetsplikten: *Med rettslig taushetsplikt*

forstås i hovedsak en lovpålagt plikt til å sørge for at opplysninger man har om en person ikke meddeles eller på annen måte kommer andre til kunnskap eller at man urettmessig tilegner seg kunnskap om personlige opplysninger.

Taushetsplikten for helsepersonell virker kun blant helsepersonell. Det er ikke slik at man kan «dra» taushetsplikten videre til andre, enten det er bussjåfører eller andre samarbeidspartnere. Så her strider det mot taushetsplikten å bruke innkallingsbrevet som billett.

Helsepersonelloven § 21: «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell».

Rådet berømmer at helsepersonell har tatt opp saken og er helt klar på at helsepersonell plikter å si ifra, og de skal hindre at andre får kjennskap til opplysninger.

§21 a: «Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik helsehjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift».



UVERDIG PRAKSIS: Flere pasienter syntes det var ubehagelig å måtte vise fram innkallelelsesbrevet på bussen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Taushetsplikten er så streng at det heller ikke innad blant helsepersonell er fri flyt av opplysninger. For å kunne få kjennskap til opplysninger om en pasient, må man være i direkte helsehjelp til pasienten. Denne paragraf er blant annet for å hindre snoking. Det kan minne om snoking å få tilgang til innkallingsbrevet. Det er i alle fall brudd på taushetsplikten. Bussjåfører deltar ikke i helsehjelpen til pasienten. Det er heller ikke administrasjon av helsehjelp å være bussjåfører.

Rådet for sykepleieetikk legger til at med personlige forhold forstås: *Foruten opplysninger som gjelder helse, sykdom, behandlings-, pleie- og omsorgsbehov – opplysninger om følelsesliv, livssyn og religiøsitet, familie, hjemmeforhold og slektskap. Dessuten er opplysninger om at en person er pasient, en personlig opplysning. Dermed er det i utgangspunktet heller ikke adgang til å meddele noen at en person er til undersøkelse, går til behandling med mer.*

I tillegg vil Rådet vise til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 2.6 som sier at: «Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger».

§ 2.7 Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som

ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang.

Ordningen bør opphøre

Rådet for sykepleieetikk konkluderer med at de håper at dette er en praksis som snarlig opphører. Det å tvinge pasienter til å måtte vise frem innkallingsbrevet er en praksis som ikke bare bryter taushetsplikten, det krenker også verdigheten til pasienten. Det må enkelt finnes andre løsninger for å ivareta pasientens rettigheter og samtidig få gratis bussbillett, enten det lages i papir eller sms. Det viktigste er at denne praksis opphører.

Vi i SPoR takker Rådet for sykepleieetikk for god og saklig tilbakemelding og vil bare minne om: § 1.3 «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig».

SPOR har gått videre med denne saken og har fått svar fra avdelingssjef for pasientreiser i Sykehuset Innlandet. De har tatt dette til etterretning og har gitt alternativer til løsning.

Hensikten vår med å offentliggjøre dette dilemmaet, er for å minne om at Rådet for sykepleieetikk er der og yter god hjelp og støtte når vi trenger det. Benytt dere av det. ■

■ SEMINAR

Hvordan inkludere seksualitet i pasientbehandlingen?

SPoR Hedmark og FoU Sanderud inviterer til miniseminar 15.oktober kl 12.00-15.00 i Festsalen Sanderud.

Foredragsholder: Hege M. Svingen. Hun er psykiatrisk sykepleier med diverse videreutdanninger, herunder i sexologi fra universitetet i Agder. Klinisk erfaring fra psykiisk helsevern siden 1992. Hun jobber ved DPS Elverum/Hamar, enhet for akutt, døgn 1.

Målgruppe: Fagpersoner med tilknytning til pasientarbeid og/eller med interesse for fagområdet, brukere og pårørende

Påmelding: Innen 8.oktober på e-post til: Birgit.Hauger@sykehuset-innlandet.no og Rønnaug.Bysveen@sykehuset-innlandet.no

Oppgi navn, avdeling/post, institusjon og stilling

Pris: Kaffe/te/frukt 50 kr

Utfordringer som barneansvarlige

Foreldrene skammer seg når de blir innlagt i psykiatrien.
Psykiatriske sykepleieres utfordringer belyst ved et case.

VANSKELIG: Barna har sett ting de ikke burde se. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Anne har et liv som hun vil beskrive som slitsomt i perioder. Hun har en bipolar lidelse som gjør at hun i perioder har masse energi, har ikke tid til å sove og skal igangsette mange prosjekter. Blir det riktig ille, kjøper hun ting hun ikke trenger, og gjør ting og sier ting til andre folk som hun skjemes over etterpå. Det som er det vanskeligste er at etter manien følger den utrolige slitsomme depresjonen. Den er preget av energiløshet, stort søvnbehov og dårlig matlyst. Når hun er som lengst nede er det et ork å komme seg opp av senga og greie å ivareta personlig hygiene. Hun som vanligvis er en pertentlig dame blir uflidd og ustelt. Det er liksom ikke så nøye lenger. Men det aller verste er tankene om at hun ikke er verd noen ting, kan ikke noe og at hun ikke greier å være glad i de nærmeste. Tankene spinner rundt det at det hadde vært bedre hvis hun var død, slik at de andre slapp å måtte forholde seg til henne. I de vanskelige periodene trenger Anne å bli innlagt i psykiatrisk sykehus. Noen ganger har hun blitt innlagt med tvang og det har vært vanskelig å tenke på i etterkant, men hun innser at det var viktig at noen ivaretok henne, slik at hun ikke blamerte seg eller led overlast på grunn av depresjonen.

Da Anne var i midten av 20-årene traff hun en mann som hun ble gift med og de fikk to barn. Ekteskapet hadde mange utfordringer på grunn av Annes sykdom. I perioder er hun stabil og da hadde de det bra, men i de dårlige periodene er det slitsomt. Da barna var 5 og 7 år valgte de å skille seg. De fikk delt omsorg og barna vekslet med å bo en uke hos hver av foreldrene. Anne syntes å bli mor var det største som hadde hendt henne og hun gjorde alt for at de skal ha det bra. Kanskje ble hun for opptatt av at de skulle være perfekt, og følte at hun måtte overbevise alle at hun var en god mor til tross for sin sykdom. Anne er også redd for at barna kan ha arvet hennes sykdom. Alle de vanskelige tankene rundt det å være foreldre, er ikke så lett å dele med andre. Det er det ikke alle som forstår og Anne har en redsel for at ting kan bli misforstått hvis hun åpner seg. Tankene om at hun kan bli vurdert som uegnet som mor og at barnevernet blir koplet inn er ikke til å holde ut.

I de dårlige periodene, når hun blir innlagt, føler hun at det ikke blir snakket om barna hennes. Hun tenker at psykiatrien blir for opptatt av problemene hennes og ser henne som en diagnose. Anne synes det er vanskelig å vite hva hun skal si til barna når hun er innlagt. De er nå blitt 10 og 12 år og har sett ting de ikke burde se. De har sett en mor som bare ligger på

sofaen og ikke greier å gjøre noen ting. Eller en mor som vasker og rydder til langt på natt. Anne har ikke greid å ta en samtale med barna om sin sykdom og har skyldt på at hun har vondt i magen og derfor er på sykehus. Anne har ikke ønsket å få besøk av sine barn når hun er innlagt.

Endring i lovverket

I 2010 fikk vi en endring i helseloven og spesialisthelsetjenesten og hadde en alvorlig somatisk sykdom, psykisk lidelse og/eller rusproblemer skal deres barn under 18 år regnes som pårørende. Det vil si at disse barna skal få informasjon om sine foreldres sykdom. Loven la også føringer på at alle enhetene i spesialisthelsetjenesten som var berørt av denne pasientgruppen, burde opprette barneansvarlige. Oppgaven til de barneansvarlige var å se til at loven ble fulgt (1).

Utfordringer

Jeg har med hjelp av caset med Anne prøvd å belyse hvilke utfordringer spesialisthelsetjenesten i psykiatrien står overfor med denne endringen i lovverket. Våren 2013 intervjuet jeg seks psykiatriske sykepleiere som hadde oppgaven som barneansvarlige. De jobbet alle i spesialisthelsetjenesten i psykiatrien. Det var en kvalitativ fenomenologisk studie hvor de empiriske data ble hentet fra disse dybdeintervjuene. I den fenomenologiske metoden er det livsverden som skal frem. Hensikten med livsverdenforskning er å belyse den levde verden på en måte som utvider vår forståelse av mennesket og menneskelige erfaringer,

«Tankene om å bli vurdert som uegnet som mor er ikke til å holde ut.»

og avklaring av mening som det er gitt (2). Funnene er presentert mer utførlig i en annen artikkel, men jeg ønsker å få fram hva mine informanter fortalte om hvilke utfordringer denne lovendringen gir psykiatriske sykepleiere i deres møte med pasienter som har barn.

Skammen hos foreldrene

Når jeg intervjuet de barneansvarlige sa flere av informantene at de trodde at pasientene skammet seg over å ikke være gode nok foreldre. De forteller også at de må motivere pasientene til å invitere barna til enhe-



Av Hilde Kristin Lorentzen, psykiatrisk sykepleier ved Nordlandssykehuset HF og masterstudent i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland

ten. Å være mor og ha en psykisk lidelse gjør at man har en sårbarhet, frykt for ikke å være god nok mor og bekymringer for at barnet skal utvikle mentale helseproblemer (3). Barna til pasienter som sliter med psykiske lidelser får dermed en dobbel belastning. På den ene siden må de forholde seg til at mor eller far er syk, og på den andre siden at det er mye negativt knyttet til psykisk sykdom. I vår kultur er psykiske sykdommer sterkt forbundet med begrepene som irrasjonalitet, manglende ansvar, tap av kontroll, mangel på kapasitet, skade på andre og skade på seg selv. Foreldreskap derimot forbindes blant annet med trygghet, forutsigbarhet, stimulering, ansvar og tilgjengelighet (4). Somatiske sykdommer betraktes i større grad som uflaks som noen uforskyldt har havnet opp i, mens psykiske vansker og rusavhengighet oftere betraktes som svakheter ved individet, og koples i større grad opp mot skam (4).

Den doble skammen

Å lide av en psykisk lidelse påvirker et menneske på mange plan. En psykisk lidelse er ikke bare en følelseslidelse, men også en sosial og relasjonsmessig lidelse. Tankemønstre forandres og mange får et dårlig selvbylde. Å forholde seg til nære relasjoner er for mange med psykiske lidelser en stor utfordring. Noen har tanker om at de bare er til en byrde og plage for sine nærmeste og for noen kan det være en sårhet på å bli avvist. Derfor kan mange velge å isolere seg eller avlive i frykt for å bli avvist selv. Dette er kunnskap de barneansvarlige må ha med seg inn i relasjonen til pasienter med barn. Mine informanter fortalte at de kunne bli følelsesmessig engasjert og de kunne oppleve å bli irritert på foreldrene fordi de ikke så barnas behov. I dette møte med pasienter hvor følelsene får for stort rom er det fare for at de blir den sentimentale omsorg (5) og de barneansvarlige vil ikke ha nødvendig avstand for å kunne hjelpe sine pasienter og deres barn. I den sentimentale omsorgen oppstår følsomhetens ufølsomhet (5) og omsorgen ytes på sykepleierens premisser.

De barneansvarlige

I det komplekse møte med en pasient som er sårbar og lett å krenke vil det utfordre de psykiatriske sykepleierne i relasjonen. Informantene fortalte at de var opptatt av å snu noen uheldige mønstre og tenke forebyggende. Flere forskere hevder at sykepleierne står i en særstilling i forhold til andre helsearbeidere. De mener at vi som sykepleiere har en unik mulighet til å jobbe nært pasientene og dermed mulighet til å få en



SLITER: Det aller verste er tankene om at hun ikke er verd noen ting. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

god relasjon (6,7). I denne relasjonen kan man ta opp vanskelige ting. Medfølelse, barmhjertighet, tilliten og ærligheten arbeider sammen med fagkunnskapen når vi handler riktig og godt mot den andre (8). I disse utfordrende relasjonene er det viktig at skjønnnet i sykepleiefaget blir brukt slik at det blir handlet klokt. Martinsen sier at skjønnnet i sykepleien er å stille seg åpen for det sanselige inntrykk og igjennom dette kanskje snu noen uheldige mønstre hos pasientene. Ved at Anne og hennes barn får hjelp til en åpenhet og dialog om hennes lidelse kan den nye lovendringen gjøre det lettere for Anne og hennes barn å leve med en psykisk lidelse. ■

Veileder til denne artikkelen er Terese Bondas, professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland.

Referanser:

1. Lovdata. Hentet 1. desember 2013 fra www.lovdata.no
2. Giorgi, Amedeo (2009) The descriptive phenomenological method in psychology. A modified Husserlian approach. Duquesne university press. Pittsburgh, Pennsylvania
3. Blegen, N.E., Hummelvold, J.K., & Severinsson, E. (2010) Mothers with mental health problems: a systematic review. *Nursing and Health Sciences*, 12, 519-528. Doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00550.x
4. Halså, A. (2008) Mamma med nerver. En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager. NTNU
5. Martinsen, Kari. (2012) Omsorg, sykepleie og medisinOTTA: Universitetsforlaget.
6. O'Brien, L., Anand, M., Brady, P., & Gilles, D., (2011). Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers and children. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 137-143 Doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00718.x
7. Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietila, A-M. (2010). Are the children of the clients visible or invisible for nurses in adult psychiatry? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 65-74. Doi: 10.1111/j.1471-6512.2009.00686.x
8. Martinsen, Kari. (1993) Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Otta: TANO A.S.

– Tvilen gir oss større respekt for hverandre

– Sannheten kan ha mange ansikter og sjelden bare ett, sier Kurt Johan Lyngved, leder for Norsk sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, og deltaker på årets tvilskonferanse i Bergen.

Kurt Johan Lyngved, daglig leder av Batteriet Nord-Norge, Kirkens Bymisjon i Bodø, er også medlem av arrangørgruppen for årets tvilskonferanse 10. og 11. september, som representant for Norsk Sykepleierforbund.

Norsk Sykepleierforbund har vært medarrangør av flere av de senere årenes tvilskonferanser; årets i Bergen er den 13. i rekken og det var i Bergen hele tvilsprosjektet oppsto. I årenes løp har konferansen gjestet både Lillehammer, Oslo, Berlin og København.

Seg selv - nok

Årets konferanse har tittelen *Seg selv – nok*. Den som kan sine klassikere, vil straks assosiere til Henrik Ibsens Peer Gynt; Peer havner i Dovregubbens hall, der mottoet er: Troll, vær deg selv – nok! Det var et ikke velment spark mot egne landsmenn fra Ibsens side, mens Kurt Johan Lyngved ser det slik: – I et forbrukersamfunn som vårt er det lett å bli seg selv nok. Det er lett å bli fanget i en materialistisk verden der tingene får en stadig større plass og avstanden mellom menneskene blir større og større. En travel verden tvinger folk til å se forbi hverandre, og våre møter blir preget av hastverk og av at vi stadig er på vei mot neste mål.

– *Seg selv – nok* handler om å individualisere verden og se seg selv som et absolutt midtpunkt som verden svir-



KURT JOHAN LYNGVED:– Bli med meg på tvilskonferansen i Bergen! (Foto: Marit Fonn).

rer rundt, fortsetter han. – *Seg selv – nok* handler om at solidaritet er blitt

«Solidaritet er blitt et fremmedord.»

et fremmedord i dobbelt forstand for mange av oss, og vi finner oss etterlatt i en ensom verden der vi alltid er på jakt etter å bli sett og å få kjenne varmen fra et mer inkluderende samfunn.

Setter tvilen i høysetet

– Det er i seg selv en god ting å la tvilen få slippe til og komme bort fra skråriskerheten i hverdagen, sier Kurt Johan Lyngved om det å delta på en konferanse som setter tvilen i høysetet. – Å tvile skaper et større refleksjonsrom og man blir litt mer ydmyk i møtet med

virkeligheten. Sannheten kan ha mange ansikter, og sjelden bare ett.

Han synes samspillet mellom fag, politikk, kunst, kultur er praktfullt, og at det åpner opp for andre måter å betrakte verden på. Tverrfaglighet får en annen mening og kimen til å kunne møtes på en felles plattform er absolutt til stede her.

– Som representant for en medarrangør som Norsk Sykepleierforbund er mine oppgaver knyttet til å planlegge programmet og gjennomføringen. Under selve konferansen vil oppgavene være knyttet til ulike praktiske oppgaver som skal bidra til å skape en smidig og vellykket konferanse for alle, forteller Lyngved, som finner det veldig spennende å møte mennesker fra ulike miljøer og samtidig kunne iakttta

at mange av betraktningene av omverdenen er ganske lik og at vi lever med stort sett de samme utfordringene.

– Tvilskonseptet er med på å løfte dette frem og det gir oss en arena der vi kan reflektere sammen om vanskelig spørsmål og fenomener. Å tvile blir en del av hverdagen og det er svært nyttig når gode beslutninger skal tas, sier han. sier Kurt Johan Lyngved. ■

Følg med på planleggingen av programmet på www.tvil.no, der du også finner påmeldingsskjemaet til konferansen.



Spesialistutdanning i barn og unges psykiske helse for kommune og spesialisthelsetjenesten

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør) utvikler og driver utdanning, forskning, fagutvikling og informasjonsvirksomhet om barn og unges psykiske helse. RBUP Øst og Sør holder til i Nydalen i Oslo.

RBUP Øst og Sør starter opp nytt kull i Spesialistutdanningen i januar 2015.

Undervisningen går over 5 semestre (2,5 år) og består av tre hovedelementer:

- Feltkunnskap/barn og unges psykiske helse (fellesforelesninger og profesjonsseminar i egen profesjonsgruppe for barnevernspedagoger, leger, pedagoger, psykologer, sosionomer, sykepleiere/helsesøstre, og vernepleiere.)
- Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid (felles-forelesning og tverrfaglig gruppe)
- Fordypning i en behandlingsmetode (sped- og små barns psykiske helse, familierapi, kognitiv atferdsterapi og psykoterapi barn og ungdom i tverrfaglig gruppe over 2 år).

Det er månedlige samlinger à 3 dager.

Søknadsfrist 3. oktober 2014.

Utdanningen er åpen for deltakere fra syv profesjoner, som har sitt arbeid i psykisk helsevern for barn og unge. 20 % av plassene er reservert søkere fra 1.linjen og tilgrensende felt som barnevern, familiesentre, helsestasjon, skolehelsetjenesten, psykisk helsetjeneste og habiliteringstjenesten.

Det er en forutsetning at deltakerne/kandidatene parallelt med utdanningen er i minst 50 % arbeid, har arbeidsoppgaver i tråd med utdanningens progresjon og innhold og får veiledning på egen praksis

Deler av utdanningen kan gi studiepoeng og inngå i en mastergrad.

Utdanningen kvalifiserer sykepleiere til å søke Norsk Sykepleierforbund om å bli godkjent klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie.

For flere opplysninger se våre nettsider på www.rbup.no eller ta kontakt med kurskoordinator Renate Stendal på tlf: 22 58 60 00/6024 eller e-post: renate.stendal@r-bup.no og studieleder Rune Tvedte rune.tvedte@r-bup.no

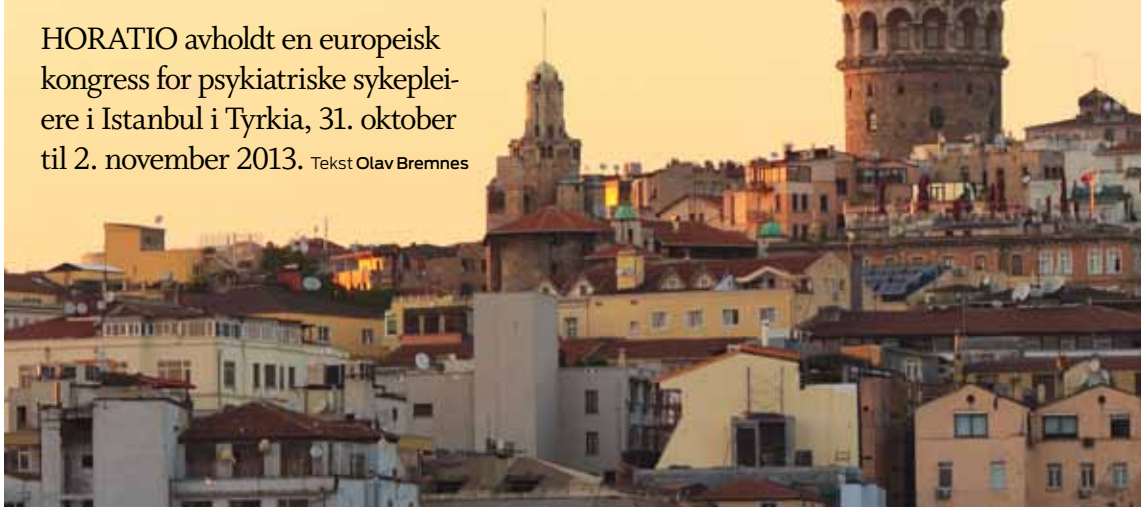


Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Helseregion Øst og Sør

Psykiatri på dagsordenen i Istanbul

HORATIO avholdt en europeisk kongress for psykiatriske sykepleiere i Istanbul i Tyrkia, 31. oktober til 2. november 2013. Tekst Olav Bremnes



Psykiatriske sykepleiere fra Europa, USA, Canada og Australia var samlet på HORATIO-kongressen for å dele sine erfaringer gjennom hovedforedrag, workshop og over 100 presentasjoner av forskning og fagutviklingsarbeid. HORATIO er en europeisk paraplyorganisasjon for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Tema for kongressen var «Stepped Care Provided by Psychiatric Nurses in different parts of the world» (Trinnvis tilnærming på ulike nivå).

En klar hovedtrend i Europa er å gjøre psykiske helsetjenester tilgjengelig, på brukerens premisser og i eget nærmiljø. Fra befolkningstette Nederland til distriktene i Nord-Trøndelag og Salten.

Alvorlige lidelser

Lauri Kuosmanen fra Finland holdt foredrag om økt selvstendighet basert på kunnskap hos hjelperne. Han mener det er uetisk ikke å forske på mennesker

med alvorlig psykiske lidelser. Gruppen har to–tre ganger så høy dødelighet og lever opp til 20 år kortere enn en gjennomsnittlig innbygger. I Finland har menn med alvorlig psykisk lidelse et snitt levetid på 58 år, mot 78 år blant den vanlige mannlige befolkningen. Kuosmanen mener samtidig at sykepleiere har overbeskyttet og ikke gitt nok ansvar til denne gruppen av pasienter.

Berno Van Meijel, fra Nederland trakk frem fem intervensjoner for å lykkes med å ivareta pasientens behov for psykisk helsehjelp. 1. Tverrfaglig tilnærming. 2. En strukturert plan. 3. En forutsigbar oppfølging. 4. En god kommunikasjon på tvers av etater. 5. Aktiv deltakelse fra pasient og familie. En bred og systematisk tilnærming på pasientens premisser var hans budskap.

Norske foredragsholdere

Olav Bremnes (Helse Nord-Trøndelag HF) og Ian Dawson (Nordlandssykehuset HF) la frem sitt arbeid knyttet

til koordinert behandling og praktisk anvendelse av pasientforløps modell, spesielt for de med alvorlige psykiske lidelser. De pekte på risikoen for et fragmentert og oppstykket tjenesteapparat. En kommer ingen vei uten å gå systematisk til verks for å kunne gi pasientene et god og helhetlig hjelp. Bremnes og Dawson presenterte metodikk og en tilnærming som har vært utviklet over flere år. En mer fylldig artikkel kommer snart på NAPHA sin sider.

Ellers var det norske innlegg fra Unn Hammervold som la frem sitt arbeid knyttet til oppfølging av pasienter som har vært utsatt for fysiske tvangsmidler. Åse Christiansen snakket om tidlig intervensjon i forhold til rus ved Stavanger Universitetssykehus. Bodil Bakkan Nilsen hadde to framlegg. Det ene knyttet til bruk av åpen dialog som metode og det andre om «Kick of» camps for unge, med vektlegging av samtalen og det gode smil. ■



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