



Psykisk helse og rus

NR. 1-2012 • ÅRGANG 23

TIDSSKRIFT FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS



Hågen Haugrønningen slet i mange år:

**– Samfunnet er svært
lite ADHD-vennlig**

Sykepleien

Psykisk helse og rus blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av psykiatriske sykepleiere, i samarbeid med tidsskriftet Sykepleien.

REDAKTØR

Morten Leivseth
tlf. 95 81 58 80
morten@psykiskhelseogrus.no

STYRET

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

Nestleder

Unn E. Hammervold
Tlf. 51 53 04 70/ 90 93 67 40
unnhvold@online.no

Styremedlem

Charlotte Walther
tlf. 48209684
cwalth@online.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

Bodil Bakkan Nielsen
Tlf. 38 39 04 96/ 41 68 76 87
bodb@online.no

ABONNEMENT

Charlotte Walthe
tlf. 48209684
abonnement@psykiskhelseogrus.no

ANNONSEANSVARLIG

Morten Leivseth
tlf. 95 81 58 80
morten@psykiskhelseogrus.no

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/
psykiatrisykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALIST

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

LAYOUT

Björg Nordstrand
bjorg.nordstrand@sykepleien.no

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

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Color Print AS

FORSIDEFOTO:

Privat

Innsending av artikler

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



■ **30** INTERNETT: Nyttige tips om helsebiblioteket.no.

«Kognitiv miljøterapi gir nye, spennende muligheter.»

Les om erfaringer med kognitiv miljøterapi side 16



■ **32** TRENGER OPPLÆRING: Studenter og terapeuter trenger å lære mer om brukermidvirkning.

Innhold

NR. 1-2012 • ÅRGANG 23



5 **LEDER:** Kurt Lyngved

8 Samfunnet er lite ADHD-vennlig

16 Kognitiv miljøterapi gir nye muligheter

24 Mange innlagt med tvang

25 Velkommen til landskonferansen

26 Program for konferansen i Kristiansand

28 PsykNytt – ferske nyheter på nett

30 Nyttige tips om Helsebiblioteket.no

32 Psykoterapeuter bør lære mer
om brukermedvirkning

41 Ny samleforskrift for psykisk helsevern

42 Marie Lysnes viste vei

46 Mye vold – men trygg på jobb

50 Jenta på gulvet

FASTE SPALTER

6 Smånytt

13 På plakaten

14 Aktuelle bøker

22 **TILBAKEBLIKK:**
På hybelen i 1964



42

STIPEND: For første gang deler Marie Lysnes stiftelse ut et stipend. Beløpet er 75 000 kroner. Les om stipendet og kvinnen bak.



Stipendordning for LPS

Søknadsfrist 15. april og 15. september 2012

1. Fagutviklingsstipend på kr. 2.000

Hva kan det søkes støtte til:

- Faglig utvikling innen psykisk helse
- Etterutdanningskurs
- Internasjonale konferanser og kurs
- Hospitering i inn- og utland

2. Utdanningsstipend for mastergrad på inntil kr. 10.000

Utdanninger som tildeles stipend må ha sykepleiefaglig relevans og være fra 90 til 120 studiepoeng. Avhengig av utdanningens lengde tildeles det utdanningsstipend på inntil kr. 10.000

Navn på videreutdanning, antall studiepoeng og studiested må oppgis i søknaden.

Mastergradstudenter dokumenterer sykepleiefaglig relevans gjennom:

Kort gjengivelse av egen prosjektbeskrivelse for fordypningsoppgave, se søknadsskjemaet,

Kriterier som legges til grunn for tildeling:

- Ansiennitet som medlem i NSF utover de 3 år som kreves for å kunne søke.
- Utdanningens sykepleiefaglige relevans.
- Søkeren må være under utdanning hele eller deler av 2012.

Krav til søker:

- Søkeren må være medlem i LPS
- Det forventes at en skriver i vårt fagblad Psykisk helse og rus

Navn:

Adresse:

Tlf/mobil:

Epostadr.:

Bankkontonr:

Medlemsnr. NSF:

Hva søker du stipend til: (Send eventuelt med vedlegg)

Hvor mye søker du om:

Dato:

Underskrift:

Søknad sendes til styret i LPS: v/ Olav Bremnes, olav@ntebb.no , tlf. 95784064

Meningsfulle hverdager skaper meningsfulle liv



LEDER: Kurt Lyngved

Januarmørket ligger tungt over oss og fortsatt er dagslyset bare på korte besøk, før det igjen forenes med mørket og blir borte. Jule- og nyttårsfeiringen ligger bak oss og foran ser vi konturene av et år hvis dager skal fylles med innhold og mening. Hva dagene vil bli vet ingen av oss, men vi har våre drømmer og visjoner for hvordan vi ønsker og håper at fremtiden skal bli seende ut. En allmennmenneskelig egenskap som bærer mennesker, organisasjoner, land og hele verden videre i vår søken på å skape mening og sammenhenger for oss og våre medmennesker.

Lite visste vi for ett år siden hva som skulle skje i det året vi gikk i møte og at 2011 skulle bli det året som forandret Norge på så mange vis. Tragedien i Regjeringskvartalet og massakren på Utøya sommeren 2011 kommer til å bli et nasjonalt minne som vil strekke seg langt ut over den samtid hendelsen er en del av. Verdier, holdninger og menneskesyn ble kraftig utfordret og demokratiet Norge ble satt på prøve. Hendelser som dette ble en ny erfaring som vi gjerne skulle vært foruten.

I møtet med denne hendelsen vet jeg at mange av våre medlemmer sto i utfordringene i den akutte fasen, men også i den fasen som ikke tar slutt på lang tid, nemlig å hjelpe de som var involvert på ulike måter til å leve videre med sine grufulle erfaringer. I denne situasjonen tydeliggjøres sykepleierens særegne kompetanse relatert til ivaretagelsen av menneskenes grunnleggende behov i alle situasjoner, men ikke minst i de ekstreme eksistensielle situasjoner vi her står overfor. Takk til dere som bidro for å lindre smerte og å redusere skader hos alle som var involvert. Jeg er overbevist om at det dere har gjort og gjør, bidrar til å hjelpe de rammede til å finne tilbake til eksistensielle fundament som gjør livet verdt å leve igjen. Jeg sender også mine tanker og min medfølelse til de av våre medlemmer som var direkte berørt av hendelsen gjennom familær tilknytning. Jule- og nyttårsfeiringen 2011 har helt sikkert vært meget spesiell for dere og eksistensen har sannsynligvis synliggjort seg gjennom opplevelser av tomhet, meningsløshet osv. Det tar tid å finne tilbake til opplevelse av mening etter denne type erfaring.

Sykepleie som fag har en lang tradisjon i våre samfunn. Til alle tider har omsorgen stått sentral og vært en livsbetingelse for menneskene. De grunnleggende behov er blitt ivaretatt og bidratt til å skape livsvilkår og livsbetingelser for menneskene både på individ og gruppenivå. Kompleksiteten i samfunnet bidro til å utvikle en omsorg som er blitt mer og mer kunn-

skaps- og erfaringsbasert og sykepleiefaget har etter hvert fått solide fundament i det velferdssamfunn vi lever i dag. Den jobben vi gjør daglig rundt om i det ganske land gir mennesker muligheter til å leve verdige og selvstendige liv der de er. Psykiatriske sykepleiere må fortsatt kjempe for at mennesker får en kvalitativ god tjeneste og vi må sammen med våre brukere protestere når tjenestetilbud trues. Vi vet at meningsfulle hverdager skaper meningsfulle liv. Menneskene har en rett til å oppleve verdighet og mening med egne liv i der de lever sine liv. Det skal vi bidra til gjennom stadig å utvikle sykepleie som ivaretar menneskene der de befinner seg.

Norsk Sykepleierforbund skal i år markere sitt 100 års jubileum og det vil vi som medlemmer helt sikkert merke på ulike vis. Det er med stolthet, vi som yrkesgruppe går inn i dette jubileumsåret, og tenker på de sykepleiere som har gått foran og bidratt til å bygge opp et profesjonelt, erfarings- og kunnskapsbasert fag som er blitt en av grunnpillarene i vårt helsevesen. Vi vil fortsette i denne tradisjonen og bidra til å styrke fagets ståsted på alle nivåer i helsevesenet. Apropos vårt eget fag, er det med stolthet og ydmykhet vi har påtatt oss oppgaven med å bidra til å finne verdige kandidater til Marie Lysnes- stipendet som vil bli utdelt for første gang i år. Marie Lysnes var en forkjemper for psykiatrisk sykepleie og en av foregangsfigurene i utviklingen av denne kompetansen både i Norge og i andre land.

Mange dager ligger foran oss i det nye året og mange utfordringer skal vi møte i våre hverdager der vi er. Samtiden vår er fylt med mye usikkerhet og finanskrisen er en av de store spøkelser vi ikke helt vet hvor vil føre oss. Å jobbe under forhold med mye usikkerhet er vi som yrkesgruppe vel kjent med. Står vi sammen og utvikler sykepleiefaget innenfor det psykiske helseområdet vil vi styrke både fagets posisjon og egen trygghet under de rådende forhold. Jeg gleder meg til å se så mange som mulig i Kristiansand til våren. Jeg har et ønske og et håp og det er at vi på Forskningskonferansen i Kristiansand vil få mange gode og inspirerende innlegg. Så mye godt arbeid er gjort av sykepleiere over det ganske land! La det komme frem i lyset slik at vi andre også får nytte av det. Vel møtt i Kristiansand.

Godt nytt år til dere alle!

FAGGRUPPELEDER

Obama stumpet røyken

I USA er det omkring 46 millioner mennesker som røyker. President Barack Obama vil ha tallet ned, og har gått foran som et godt eksempel. Han sluttet å røyke i 2010, ved hjelp av nikotintyggegummi. I Norge var det i 2010 drøyt 19 prosent av befolkningen mellom 16 og 74 år som røykte daglig. Det er laveste andel siden Statistisk sentralbyrås måling av røykevaner begynte i 1973.

Kilde: Reuters og SSB



Nye selvhjelpskontor

18. november 2011 åpnet nytt selvhjelpskontor i Stavanger. To uker tidligere åpnet et tilsvarende kontor i Tønsberg. Til nå er seks kontorer etablert. Det sjuende og siste skal åpne i Bergen første kvartal i år. Selvhjelpskontorene i distriktene organiserer blant annet selvhjelpsgrupper, der folk som har et livsproblem kan delta for å dele tanker, følelser og erfaringer med andre. Selvhjelp Norge ble etablert i 2006 som følge av iverksetting av Nasjonal plan for selvhjelp.

Kilde: napha.no og selvhjelp.no

SMÅNYTT

Barn av alkoholikere trives på skolen

Barn av alkoholikere trives like godt på skolen som andre barn, viser en ny studie. Forskerne bak studien har undersøkt sammenhengen mellom foreldres alkoholbruk og hvordan barna deres fungerer på skolen. Konklusjonen er at foreldrenes alkoholmisbruk er en risikofaktor for barns atferds- og konsentrasjonsproblemer på skolen. Til tross for dette trives de like godt på skolen som andre barn. Tidligere forskning viser at barn av alkoholmisbrukere i forhold til andre har en forhøyet risiko for å utvikle en rekke plager og klare seg dårligere på forskjellige områder i livet, blant annet når det gjelder skoleprestasjoner. Nytt i denne studien er at forskerne har konsentrert seg om hvilke områder av skolefungeringen som er berørt. Studien er basert på et representativt utvalg av befolkningen, gjennom datamateriale fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, der alle innbyggere i fylket som var 13 år eller eldre ble invitert til å delta.

Kilde: Folkehelseinstituttet



«Slik som du vil ønske å ha levd ved enden av livet, slik kan du leve alt nå.» *Marcus Aurelius, romersk keiser*

Hjelp mot rus på nettet

Rushjelp.no er et selvhjelpsprogram hvor folk kan få hjelp til å håndtere milde til moderate rusproblemer. Sidene inneholder selvtester for alkohol, cannabis og kokain. Testene gjennomføres gratis og anonymt. Når en person har svart på alle spørsmålene, får han en skår som sier noe om forbruket sitt. Hvis skåren er høy, blir personen invitert til å gjennomføre et selvhjelpsprogram på rushjelp.no. Selvhjelpsprogrammet er brukerstyrt, og det er brukeren som bestemmer lengden på programmet (4–6 uker), og om målet er å slutte helt eller å redusere forbruket. Det er Stiftelsen Bergensklinikkene som har startet rushjelp.no.



Bra å være sosial

Finske forskere har studert om sosiale aktiviteter kan bedre de kognitive evnene til ensomme eldre mennesker. 235 personer deltok i studien. Personene deltok regelmessig i gruppeaktiviteter over en tre måneders periode, samt diskusjoner og aktiv vennskapsbygging. Forfatterne konkluderte med at psykososial gruppeintervensjon styrket de kognitive funksjonene hos ensomme eldre.

Kilde: Psyknytt

Spytt kan erstatte urinprøver

Spyttprøver kan erstatte urinprøver hos personer som jevnlig testes for rusmiddelbruk. Det viser en studie fra Folkehelseinstituttet. Spyttprøvene er pålitelige og dessuten raskere, enklere og griper mindre inn i en persons privatliv enn det en urinprøve gjør. Les mer på fhi.no.



Angst påvirker ikke fødselsvekt

Angst- og depresjonssymptomer er ikke uvanlig i graviditeten, og mange gravide spør om dette påvirker barnet. En studie fra Akershus universitetssykehus og Folkehelseinstituttet fant ingen sammenheng mellom angst- og depresjonssymptomer i svangerskapet og lav fødselsvekt. Studien omfatter 71 898 gravide.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Tekst: Johan Alvik Foto: Colourbox



Færre dør av aids

Tall fra FN-organisasjonen UNAIDS viser at 34 millioner mennesker var smittet av hiv i 2010. Det er flere enn noen gang før. Men statistikken viser også at antallet aids-relaterte dødsfall sank fra 2,2 millioner i 2006 til 1,8 millioner i fjor.

Årsaken er at flere får medisinsk behandling. Særlig er økningen i behandlingstilbudet i de afrikanske landene sør for Sahara stort. I 2010 fikk 20 prosent flere behandling i denne regionen enn året før.

Medisinsk behandling fører også til at færre nye blir smittet, fordi behandling kombinert med prevensjonsopplysning har vist seg å være effektiv.

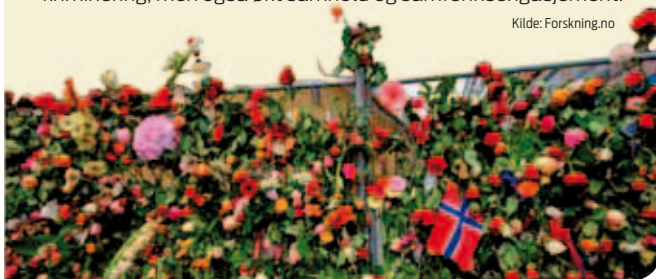
Kilde: NRK

Forsker på terror

Forskere skal undersøke hva terroren 22. juli gjorde med folk flest. Svarene skal sammenlignes med studier etter terror i andre land. Undersøkelsen skal utføres på oppdrag fra Helsedirektoratet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Forskerne ønsker å finne ut om folks holdninger er blitt endret, og om dette igjen kan få følger for beslutninger som tas i samfunnet. Forskning på konsekvenser etter terrorhandlinger i andre land har vist en økning i helseproblemer hos både voksne og barn, blant annet i USA etter 11. september 2001. De første ukene etter bombingene i London 7. juli 2005 rapporterte en tredel av byens befolkning om vesentlige stressreaksjoner. Etter tre måneder ble andelen redusert til 11 prosent, ifølge britiske forskere. Reaksjonene i USA var delt etter 11. september-angrepene. Undersøkelser viste reaksjoner som politisk intoleranse og diskriminering, men også økt samhold og samfunnsengasjement.

Kilde: Forskning.no



Selvskadere har dårligere «kontorsjef»

En norsk studie viser at selvskadende ungdom har dårligere «kontorsjef» i hjernen.

Forsker Linn Toril Fikke ved Psykologisk Institutt, UiO, har undersøkt selvskading i sammenheng med eksekutive funksjoner i hjernen. Eksekutive funksjoner er med på å regulere følelser, og knyttes også til evnen til å planlegge og gjennomføre oppgaver. Det kalles derfor kontorsjefen i hjernen. Studien viste at ungdom som har utført selvskading presterte dårligere på tester av eksekutive funksjoner, sammenlignet med ungdom som aldri hadde vist slik adferd.

En australsk studie viser at en av 12 ungdommer er selvskadere, men at 90 prosent av dem slutter å skade seg selv i løpet av tenårene.

Kilde: Forskning.no og BBC News



– Det var ingen selvf

Hågen Haugrønningen mener at Norge er et svært lite ADHD-vennlig samfunn. Selv gikk han med ubehandlet ADHD i 35 år, og slet med depresjon og rusavhengighet. Tekst Brita Drabitzius Foto Privat

Vinteren 2010 ble jeg kjent med Hågen Haugrønningen. Hågen kom til oss i ADHD Norge for å hospitere, han trengte arbeidstrening. Han var, etter en lang og vanskelig tid, i ferd med å få orden på livet sitt og ønsket å bruke denne tiden til å bli bedre kjent med organisasjonen vår. Jeg ble svært nysgjerrig på hvem han var og hva som hadde gjort at en så flott, ung mann hadde gått gjennom så meget.

Vi visste at Hågen hadde en svært spesiell bakgrunnshistorie før han kom til oss, og var nokså spente på ham. Som Hågen selv sier i foredraget sitt «Fra traume til ressurs – det var ingen selvfølge at jeg overlevde», var han glad for å kunne få arbeidstrening hos oss, av

fungerer og samtidig ha trygge rammer rundt seg i sin egen oppbyggingsprosess. Det skal også nevnes at det trengs en viss takhøyde for å ta i mot en mann med 50 akuttinnleggelsler på psykiatrisk, en rekke fengslinger og med et mildt sagt brokete forhold til det offentlige helse- og hjelpeapparatet de senere år.

– Nåja, jeg presenterte hele bakgrunnen min for Tor Eikeland som er generalsekretær i ADHD Norge på telefon. Jeg fikk booket et møte med ham, sier Hågen. – Derifra fant vi ut at vi hadde en del felles mål, og at vi faktisk har møttes flere ganger tidligere, både på telefon og på ADHD Norges konferanser og kurs. Jeg fortalte om bakgrunnen for hvordan ting hadde blitt som de

som heter Braskereidfoss i Våler kommune. Her vokste jeg opp sammen med mamma, pappa, min søster og besteforeldre på gård rett i nærheten. Jeg hadde mye voksenkontakt og gode muligheter til å utfolde meg.

Hvordan var barndommen din?

– Barndommen var fin helt til jeg kom på skolen. Jeg likte rammene på skolen og hadde ikke fravær før etter 9. klasse. Orden var også god hele veien. Det som var utfordringen, var at jeg hele livet har følt en indre uro og annerledeshet, og dette ble forsterket i møtet med skolen. Jeg opplevde det meste som interessant og forsto det faglige, med unntak av matematikk.

Det som skjedde rundt Hågen Haugrønningen av sosialt samspill og sosiale koder, forsto han mindre av. Det samme gjaldt måten det ble undervist på.

– Jeg har hatt noen ytterst få lærere som har nådd fram. Da har til gjengjeld resultatene blitt svært gode. Jeg tror dette er så enkelt som at de har vært trygge i seg selv, og kunnet vinkle faget på forskjellig nivå, og ikke minst at fagene har vært av interesse. Uansett har jeg vært så heldig å møte noen slike lærere på lærerskolen og senere i voksen alder, så jeg har i dag en solid utdanning.

– Når følte du at du var litt annerledes enn andre barn?

– Dette merket og merker jeg umiddelbart i møte med andre mennesker,

«Jeg begynte tidlig å drikke og opplevde at det fungerte fint som selvmedisinering.»

flere grunner. For det første trengte han å komme i gjenge igjen etter å ha vært dårlig, eller i institusjon det meste av tiden siden han fikk ADHD-diagnosen i 2005. Den andre grunnen er at Hågen er brennende interessert i coaching og endringsprosesser.

Hos oss kunne han bli bedre kjent med hvordan en brukerorganisasjon

ble de siste årene, og hvordan jeg kom meg ut av den situasjonen, og fra der ble det hospiteringsplass.

Tiden siden da har han brukt godt, men vi får begynne fra starten.

Barndom på bygda

Hvor kommer du fra, Hågen?

– Jeg vokste opp på et lite sted

Ølge at jeg overlevde



TILFREDS: - I dag har jeg det bra, og er i ferd med å bygge meg opp en karriere som konstellatør, coach, foredragsholder og erfaringskonsulent, sier Hågen Haugrønningen.

det er noe som er annerledes. På skolen merket jeg dette spesielt i undervisning. Jeg spurte og var sjelden fornøyd med svarene bare fra boka, men ville finne ut mer og ville gjerne vite hva som lå bakenfor det igjen.

– Fikk du noe hjelp på skolen?

– Det er ikke snakk om hjelp, hjelp til å bli bedre, liksom? Jeg var flink nok, det er mer et spørsmål om tilrettelegging og nivå, og det kan jeg ikke se at jeg fikk. Dette er ikke snakk om å være spesielt begavet. Jeg er så heldig at jeg kompenserer min ADHD med intellekt. De som ikke gjør det, detter raskt igjen i skolen, og i samfunnet for øvrig.

Vi lever i et svært lite ADHD-vennlig samfunn, vet du. Det er mye av den såkalte hjelpen man kan få, som kun går ut på å jobbe mer med det man er dårlig på, og det blir man ikke bedre av. Det hjelper å styrke det som er bra, kanskje følger det andre etter. Holder du fokus på det som er mindre bra, vokser det. Noen ganger blir man møtt, andre ganger ikke. Jeg håper dette er bedre i dag, men jeg tviler da jeg opplever dette som personavhengig.

Selvmedisinering

– Ungdomstiden, da, hvordan opplevde du den?

– Ungdomstiden og min oppvekst ute på bygda var preget av veldig mye gårdsarbeid, musikk og festing. Har vokst opp på gård, og da må man lære å jobbe, vettu! Jeg har lett for å ta i et tak når det trengs. Jeg fikk inn gode verdier fra både foreldre og besteforeldre.

– Det er vel ikke dette du vil høre mer om? Jeg begynte tidlig å drikke og opplevde at det fungerte fint som selvmedisinering, jeg ble rolig i mitt indre. Jeg er veldig glad jeg vokste opp ute på bygda, for uten gården og familien min og de rammene som var der, kunne det ha skåret seg tidlig.

– Jeg holdt meg godt flytende, til

tross for at jeg brukte mye energi på å fullføre skolegang. For min del ble det først skikkelig gærent når jeg oppsøkte hjelpeapparatet i kommunen og ba om hjelp for ADHD-problematikk. Det ble jeg ikke møtt på overhodet. De mente at jeg «var da ikke sånn, eller slik», jeg hadde jo så mye ressurser og så videre. Det er skremmende at det fremdeles er så lite kompetanse og så mye fordommer mot ADHD og voksne i dag.

– Da du fikk diagnosen, hvordan opplevde du det?

– Jeg fikk ADHD-diagnosen på Sanderud sykehus i 2005. Forhistorien til dette er at jeg hadde slitt meg fullstendig ut gjennom hele livet og opparbeidet meg et alkoholproblem. I 1999 startet jeg på Oslo lærerhøgskole, i forkant av dette hadde jeg tatt generell studiekompetanse ved en privat skole i Trondheim. Det var vel da jeg skjønnte at det var noe ved meg og min innlæring som var annerledes enn andres. Før dette konkluderte jeg med at jeg var litt under middels i det meste, noe alle tester tyder på. Her opplevde jeg

«Jeg hadde slitt meg fullstendig ut.»

imidlertid at stoffet ble tilrettelagt for studentene, og resultatene ble veldig gode. Dette førte meg videre til Oslo lærerhøgskole, hvor jeg likte meg svært godt. Samtidig møtte jeg nye utfordringer ved innlæring.

Hågen Haugrønningen opplevde at det var ingen som helst sammenheng mellom innsats og resultat.

– Jeg kunne få toppskår, og misse totalt uten sammenheng med innsatsen. Etter å ha flyttet til Elverum og et mindre studiested, ble dette tydeligere. Jeg merket at jeg brukte betydelig mer ressurser enn andre det var naturlig å sammenlikne meg med, og fikk dårligere resultat.

– Jeg satte meg inn i pedagogikk, didaktikk og læringsteknikker, dette var interessant og vi hadde variert og god undervisning. Jeg noterte alt, gikk gjennom dette igjen og igjen, og skrev det så ut. Dette var veldig tidkrevende, men det satt. Uansett skjønnte jeg at jeg trengte andre verktøy enn det som var tilgjengelig. Først lærte jeg meg memoreringsteknikker, som reiseruter og hjernekart, dette reddet karakterene. Det samme gjorde at jeg har stor sans for pedagogikk og religion, gode lærere var det også der. Jeg har alltid likt å lære, selv om jeg ofte opplever rammene på enkelte læresteder som noe rigide, det stilles også for lite krav til studenter, lærere og læresteder. Jeg savner relevante konsekvenser. Rammer, strukturer og konsekvenser ville gjort alt mer lettfattelig.

Fikk diagnose

– Uansett, skaden var allerede skjedd. Da hadde jeg gått i nær 35 år med ubehandlet ADHD og slet med tunge depresjoner fra 2000. Det var da jeg oppsøkte hjelpeapparatet og ba om

hjelp. Depresjonen ble forsøkt behandlet med en rekke typer antidepressiva og benzodiazepiner, alt etter anbefaling fra lege. Etter hvert virket dette så bra at jeg trengte flere leger til å skrive det ut. I denne perioden fulgte jeg studiet og begynte å trene. Hverdagen var tung, og ble verre i møtet med det offentlige hjelpeapparatet. Problemet var at jeg var avhengig av offentlig støtte for å kunne fullføre studiene. Uten støtte, ingen studier, og uten støttesamtaler, ingen støtte. Alt ble tyngre, og etter hvert førte dette meg til avrusning, med påfølgende diagnostisering. Den lød på ADHD og dystymi (nedstemt stemningsleie). Dette er litt forunderlig å tenke på i dag, da de fleste ville ha vært mer enn litt nedstemt når de opplever at de hele livet har jobbet for tre og ikke fått lønn deretter.

– Når du ser tilbake, tror du at mye hadde blitt annerledes dersom du hadde fått en diagnose tidligere?

– Nei. Man trenger kunnskap om situasjonen, dette kunne jeg ha satt meg inn i tidligere. Men det holder ikke. Man trenger også å ta ansvar for egen livssituasjon. Det gjorde jeg ikke tidligere. Det var først da jeg skjønnte at det ikke var noe galt med kapasiteten min, og at jeg kunne påvirke min egen framtid, at jeg hadde reell mulighet til å endre noe. Det skjønnte jeg først da jeg tok opp gymnastikken, da ble jeg møtt på mitt nivå. Det skulle igjen ta over ti år før jeg traff nevropsykolog Merete Øie, fem år til jeg traff tidligere ADHD-coach Marianne Oftedahl og ikke minst Marta Thorsheim ved Hellinger Instituttet. Disse har hver på sitt vis påvirket min utvikling; gjennom to grundige utredninger fra Merete Øie, hjelp med å bygge strukturer av Marianne. Fra Hellinger Instituttet og Marta Thors-



VIL SPILLE MER: – Musikk har vært og er en viktig del av livet mitt, selv om jeg ikke spiller så mye nå, sier Hågen Haugrønningen. Han har spilt i flere band.

heim har jeg lært mye om prosesser, hvordan vedlikeholde dem og samtidig få bearbeidet traumer fra lang tid tilbake og fram til i dag. Ingen diagnose hjelper for dette, dette har jeg fått til med støtte fra min familie, enkeltpersoner og egen hjelp.

Å få stilt en diagnose gjør ting verre når man ikke blir møtt på det i etterkant, mener Haugrønningen

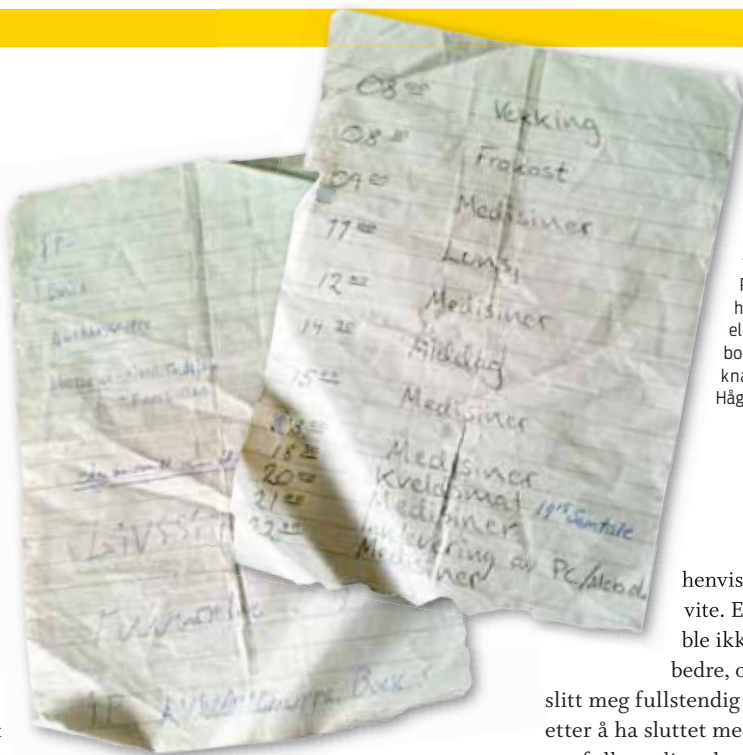
– Å ikke bli møtt på sine behov når du har det svart på hvitt det du har forsøkt framlagt i en årrekke, gjør alt mye verre. Det de faktiske plagene handikappet medfører, er lite i forhold til hva jeg senere skulle oppleve som følge av feilmedisinering, feilbehandling og trening fra Sanderud sykehus og helse- og sosialvesenet i Våler kommune.

Hva som nytter

– Hva mener du har hatt nytte for deg og din ADHD?

– Trenger man støtte ved ADHD-problematikk, ville mitt første valg i dag vært familiekonstellasjoner og LCHF (Low Carb/High Fat – lavkarbodiett), deretter å bli fulgt opp av en dyktig systemisk coach for å vedlikeholde endringsprosessen. Trenger man en utredning, vil jeg anbefale en nevropsykologisk utredning. Jeg snakker med veldig mange som har nytte av nettopp dette. Jeg har også hatt og har god hjelp av to svært dyktige advokater. Håper dette ikke er nødvendig for alle voksne med ADHD, men for meg er det viktig å rydde opp slik at jeg kan gå videre. Jeg tar ansvar for det jeg selv har gjort, men andre får feie for egen dør og ta sitt.

Haugrønningen mener at ressurssterke mennesker med ADHD har et kjempesproblem i Norge i dag.



FOR- OG BAKSIDE:

– Dette er dagsplanen fra Sanderud sykehus. På baksiden skrev jeg hva jeg ønsket. Individuell plan, ansvarsgruppe, bolig med mer. Jeg klarte knapt nok å skrive, sier Hågen Haugrønningen.

henvisning fra lege, må vite. Etter halvannet år ble ikke tilstanden min bedre, og jeg hadde igjen slitt meg fullstendig ut. Jeg ble bedre etter å ha sluttet med Strattera, men var fullstendig utbrent. Det var etter diagnostisering min nedtur virkelig startet. Hadde jeg ikke klart å komme meg tilstrekkelig langt ned for egen maskin, fikk jeg veldig god hjelp fra helse- og sosialvesenet i kommunen. Sommeren 2007 fikk jeg Ritalin (den gamle typen) for første gang. Etter kort tid ble jeg psykotisk. Dette førte til en svært turbulent periode i mitt liv hvor det ble flere innleggelse på akuttpsykiatrik. Jeg søkte i denne perioden Aetat om støtte til hjelpemidler og tilrettelegging for ADHD-problematikk, men fikk avslag på avslag. Alt ballet på seg i perioden 2007–2009 og gikk fra ille til verre. Endring til det bedre begynte å skje etter at jeg våren 2009 ble overført fra Kongsvinger fengsel, hvor jeg satt 29 døgn på glattcelle i strekk, til Reinsvoll sykehus. Der ble det opprettet et samarbeid med en svært dyktig sosionom, og etter anbefaling fra behandelende lege flyttet jeg til Oslo.

– Alt gikk vel ikke helt som forventet. Hva var det egentlig som skjedde?

– I denne perioden ba jeg om henvisning til nevropsykolog Merete Øie for å få en utredning av min faktiske funksjonsevne. Jeg hadde et håp om at dette kunne være dokumentasjonen Aetat og helse- og sosialtjenesten i kommunen trengte for å kunne imøte-

– Jeg opplever det er lite kompetanse i det offentlige, og at ansvarsfraskrivelsen er stor i alle behandlings- og forvaltningsledd. I spesialisthelsetjenesten har jeg inntrykk av at situasjonen er bedret. Men hva hjelper det når 2.-linjen i kommunene ikke trenger å følge anbefalinger. Det er mange dyktige coacher som har kompetanse på endringsprosesser, men de mangler ofte spisskompetanse på ADHD. Dette er også et spørsmål om penger, da de fleste ikke har råd til verken private coacher eller terapeuter. Da står man igjen med kun et alternativ, og det er medisiner. Den debatten tar jeg ikke her, utover at det finnes mange andre alternativer. For all del, det er mange som har god nytte av medisiner, og ikke minst har dere gjort en kjempetor jobb for å fjerne stigmatiseringsstempel på denne typen medisiner, og ADHD-diagnosen forøvrig.

– Etter at du hadde fått en utredning og diagnose lå vel alle tilbud klare for deg?

– Etter å ha blitt utredet kuttet jeg all selvmedisinering, la om kosten til LCHF, begynte med Strattera, og satte meg inn i det som var av litteratur om ADHD på den tiden. Jeg var også i kontakt med en rekke kompetansespersoner og fikk svært lite råd. Man trengte

komme mine behov. Det var det ikke, de så bort fra alle spesialistuttalelser og anbefalinger fram til jeg i 2009 flyttet ut av fylket. I stedet for tilrettelegging fikk jeg en rekke typer medisiner, blant andre Lithium, Zyprexa, Haldol og andre nevroleptika. Etter hvert fikk jeg prøve Metamina, og etter noen måneder var jeg inne i min første lange psykose. Dette ballet på seg til jeg etter hvert ble «det verste tilfellet helse- og sosialetaten i kommunen har hatt», som virksomhetsleder og rådmann skriver til Fylkeslegen i Hedmark som tilsvar på en av mine mange klager.

Vendepunkt

– *Hva ble vendepunktet i livet ditt?*

– Det første vendepunktet var å få kontakt med nevropsykolog Merete Øie. Hun utredet mine funksjonsevner og har gitt meg en del gode råd. Hun har også satt meg i kontakt med en rekke fagpersoner som har vært til god hjelp. Nevropsykologisk utredning viser bra hva du er god på og hva du er mindre god på. Dette bruker jeg som rettesnor og arbeider ut fra. Så jeg vil si at Merete Øie var nøkkelen til å forstå hva ADHD dreier seg om for meg. Men for å komme på beina og bearbeide traumene fra ubehandlet ADHD, feilmedisinering, psykosier, feilbehandling, tvangsinnleggelsler, tvangsutskrivelsler, oversoning og sosial renovasjon, trenger man profesjonell hjelp. Og hvor finner



ILLUSTRERTE MÅLET: - Denne konstellasjonen av trefigurer satt jeg sammen for å illustrerer det som var målet mitt, nemlig å få kjæreste og leve en rolig og stabil tilværelse. Det har jeg fått nå. Figurer er vanlig å bruke i coaching og veiledning, sier Hågen Haugrønningen.

overgriper? Jeg fant dette ved Hellinger Instituttet: Det største vendepunktet var mitt møte med familiekonstellasjoner og Hellinger Instituttet. På den tiden var jeg svært dårlig etter lang tid i institusjon, og ingen ting tydet på at det var andre alternativer enn uføretrygd og mer institusjon som ventet. Slik ble det

ressurs – det var ingen selvfølge at jeg overlevde» for flere hundre mennesker siste år. Hovedmålet med foredraget er å spre håp om at det er mulig å reise seg selv fra helt jævlige situasjoner. Foredraget er lagt opp slik at alle kan få noe ut av det, både på individ- og systemnivå. I tillegg holder jeg utstilling av foto jeg tok med mobiltelefonen på den tida jeg gikk ut og inn av institusjoner. Utstillingen «Konstellasjon 88» setter lys på hva man ikke skal oppleve og hvordan man ikke skal bli behandlet når man henvender seg til det offentlige med behov for hjelp.

– *Hvordan har du det nå?*

– I dag har jeg det bra, sier Hågen. Jeg har funnet noe som gir meg mening, og kan andre dra nytte av mine erfaringer, er det bare hyggelig. Vi mennesker er ikke like, det som passer for meg, passer nødvendigvis ikke for alle andre. ■

«Det er lite kompetanse i det offentlige.»

man dette når man er behandlingsskadd fra det offentlige? I mitt tilfelle er helsevesenet og behandlingsapparatet overgripere, det er der mine verste skader er oppstått. Hvor søker man da hjelp? Dette er et kjempestort dilemma, som jeg håper dette intervjuet kan være med på å kaste lys over. Hvor søker man hjelp når det er det offentlige som er

ikke. På to år har jeg gått til regelmessig terapi individuelt og i gruppe ved Hellinger Instituttet, dette har jeg hatt enorm nytte av. I dag er jeg rediagnostisert, sitter igjen med kun ADHD-diagnose og er i ferd med å bygge meg opp en karriere som konstallatør, coach, foredragsholder og erfaringskonsulent. Jeg har holdt foredraget «Fra traume til

Spre informasjonen!

Kontaktperson:

Morten Leivseth

Tlf. 95 81 58 80

E-post: morten@psykiskhelseogrus.no

Rica Hotel Hamar

2. - 3. februar

ISPS fagkonferanse

ISPS fagkonferanse 2012 har fått tittelen Psykose i et livsløp - Forståelse og behandling. Konferansen arrangeres av ISPS Norge (The international society for the psychological treatments of the schizophrenias and other psychoses), i samarbeid med Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst.

Radisson Blu - Royal Garden Hotel, Trondheim

6. - 8. februar

Rus og psykisk helse 2012- samhandling og snubletråder.

Dette er en kongress for alle som arbeider med eller har interesse for rusmiddelfeltet, psykisk helsefeltet eller dobbeltdiagnosefeltet. Mer info: <http://www.ffhs.no/x>

Radisson Blue Scandinavia hotell, Oslo

16. - 17. februar

Nasjonal konferanse i akuttpsykiatri

Nasjonalt forum for akuttpsykiatri (nfap) arrangerer 11. nasjonale konferanse i akuttpsykiatri 2012, med akuttpsykiatrisk forskningsseminar. Temaene på konferansen spenner fra akuttpsykiatrisk sykehusavdeling til lavterskeltilbud. De vil omhandle blant annet stemmehøring, psykeliggjøring, mer frivillighet og en innvandrers erfaringer med å arbeide innen norsk psykiatri. Vi vil se over landegrensene for å lære av forskjeller mellom norske og engelske akuttavdelinger. Forskningsseminar holdes 15. Februar.

Rica Nidelven Hotel, Trondheim

1. mars

Verdensdagen mot selvsykdom

Landsforeningen for forebygging av selvsykdom og selvmord (LFSS) arrangerer Den tredje nasjonale konferansen.

Målgruppe: Psykisk helse i kommuner og fylker, psykiatrisk divisjon, sykepleiere, hjelpepleiere, miljøarbeidere, miljøterapeuter, psykologer, leger, helsesøstre og annet helsepersonell som ønsker mer kunnskap om selvsykdom.

Mer info: <http://www.verdensdagenmotselvsykdom.no/>

Radisson Blu Royal Garden Hotel, Trondheim

8. - 9. mars

La oss få det til å virke 2012

Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er gjennom tre arbeidsgrupper i ferd med å utarbeide rapporter og forslag til tiltak for implementering i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. De tre arbeidsgruppene skal legge fram sine arbeider og forslag til implementering på konferansen «La oss få det til å virke - 2012.»

Rica Hell Hotell, Værnes

6. - 7. mars

Ruskonferansen 2012

Rusbehandling Midt-Norge og KoRus Midt-Norge inviterer til nasjonal konferanse.

På Ruskonferansen setter vi fokus på nyere forskning innen rusfeltet, og formidler beste praksis basert på kunnskap og erfaringer.

Målgruppe: Ledere og fagfolk i kommuner og spesialisthelsetjenesten, forskere, kompetansemiljø, politikere, politi, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og andre interesserte.

Universitetet i Agder, Kristiansand

24. - 25. april

Avhengighet i et livstidsperspektiv -

Dr. Oscar Olsen seminar 2012

Stiftelsen dr. Oscar Olsen fond samarbeider om årets dr. Oscar Olsen seminar med Sørlandet Sykehus, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling og Universitetet i Agder.

Clarion hotell Ernst, Kristiansand

7. - 9. mai

LPS landskonferansen

Forskings-, fag og erfaringskonferanse for sykepleiere innen rus og psykisk helse. Årets landskonferanse har fått tittelen «Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet. Hvor går vi i 2012?»

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Selbukollektivets historie

I denne boken fortelles historien om Selbukollektivet, et bo- og arbeidskollektiv for unge rusmiddelavhengige i perioden 1981–2000. Inger Granby skriver om livet i kollektivet ut fra sitt ståsted som leder. Gro Th. Lie, professor i helsefremmende arbeid, presenterer dybdeintervjuer med et utvalg av ungdommene som har hatt tilhørighet til kollektivet. Vi får også innsikt i ungdommenes egne refleksjoner over sin utviklingsprosess.

Mennesket bak rusen, Fagbokforlaget

BOKOMTALE



Barn som opplever vold

Kan barn som opplever vold i familien både beskyttes og gis rett til delaktighet i beslutninger som påvirker deres liv?

I denne boken berøres en rekke ulike temaer om barns tolkninger av vold innenfor familien, utfordringene som ligger hos hjelpeapparatet, samt myndighetenes intervensjoner i barns liv som familierettslige prosesser og avgjørelser om økonomisk bistand.

Bokens kapitler gir en oversikt over ulike spørsmål, metoder, analyser og resultater fra forskning om og med barns stemmer om vold.

Forfattergruppen har ulik bakgrunn i praksis og forskning knyttet til barn som opplever vold i familien.

Barns stemmer om vold, Gyldendal

BOKOMTALE



Hvordan hjelpe barn

Denne samlingen korte, poengterte tekster viser hvordan voksne kan hjelpe barn med å håndtere en vanskelig virkelighet. Elevene som har mistet en klassekamerat, den tamilske gutten som sliter med krigstraumer, jenta som blir mobbet.

Forfatter Magne Raundalen er barnepsykolog og knyttet til Senter for krisepsykologi i Bergen. Jon-Håkon Schultz har doktorgrad i spesialpedagogikk og arbeider som forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress i Oslo og ved Universitetet i Tromsø.

Barn av virkeligheten, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Historier om incest

Boken forteller om Støttesenteret mot incest sin rolle i arbeidet mot incest, hva det vil si å bli utsatt for seksuelle overgrep, og hvordan det er mulig å bearbeide overgrepene. Sterke historier og møter mellom mennesker står sentralt i boken, som til tross for sitt dystre tema, formidler livsglede og optimisme og gir innsikt og kunnskap. Støttesenteret mot incest hadde 25-årsjubileum i 2011. Forfatter er Toril Brekke.

Ut med det! Aschehoug

«Kunnskap er kamferen som holder møllen borte.»

Gunvor Hofmo, lyriker

BOKOMTALE



Alkohol i arbeidslivet

Forfatterne av boken mener at et samarbeid mellom ledelse og ansatte om en felles rusmiddelpolitikk kan gi grunnlag for en konstruktiv rusmiddelkultur i bedriften. Gjennom dialog kan man lage retningslinjer som definerer når aktiviteter i privatlivet går ut over jobben. Er man tydelig, kan man lettere fange opp problematferd på et tidlig stadium, før konsekvensene blir dramatiske. Forfatterne arbeider alle til daglig ved Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk, AKAN. De har jobbet på dette fagfeltet i en årrekke, ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og i ulike organisasjoner og bedrifter.

Manda' morra rus, Gyldendal

BOKOMTALE



Å leve med ME

De sykeste pasientene ligger i lyd- og lysisolerte rom, med masker for øynene, helt flatt i en seng de aldri er ute av, og de tåler knapt å snus i sengen. Flere av dem ernæres gjennom en sonde i nesen. Mange av dem er ungdommer eller unge voksne, og en stor andel av de sykeste pasientene pleies av sine pårørende.

Jørgen Jelstad tar oss med inn i mange av disse hjemmene, der flertallet opplever at de blir mistrodd på grunn av en psykiatisering av tilstanden. Samtidig skriver han fra norsk og internasjonalt forskningsmiljø. Forfatteren har selv en ME-syk mor.

De bortgjemte, Cappelen Damm

BOKOMTALE



Lær om utviklingshemming

Denne boken presenterer de viktigste årsakene til utviklingshemming og gir en oversikt over syndromer, forstyrrelser og følgetilstander. Boken kan benyttes både som oppslagsverk og lærebok.

Etter innledende kapitler om genetik, syndromutredning og diagnostisering beskrives både vanlige og sjeldne syndromer. Leseren får innblikk i genetiske mekanismer og diagnostisk utredning, og forfatterne forklarer hvilken betydning de ulike typene funksjonshemming kan ha i hverdagslivet. Boken retter seg mot studenter i helsefag og ansatte i ulike helseprofesjoner som arbeider med mennesker med utviklingshemming. Det er lagt vekt på at innholdet også skal være aktuelt for foreldre og støttepersoner i nettverket til utviklingshemmede.

Utviklingshemming, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Profesjonell samtale

Hvordan kan vi forstå kommunikasjon mellom mennesker? Kan kunnskap om kommunikasjon bidra til å forbedre profesjonell praksis?

Mellom ordene handler om møtene mellom profesjonsutøvere og brukere av tjenester. En fellesnevner for å utvikle en profesjonell praksis er å utvikle gode relasjoner og å snakke med mennesker på gode og hjelpsomme måter. I dette profesjonelle arbeidet står samtalen sentralt; samtaler med brukere, klienter og pasienter, samtaler med barn og deres foresatte og samtaler mellom fagfolk og kollegaer.

Mellom ordene, Gyldendal

Kognitiv miljøterapi

Kognitiv tilnærming gir nye og spennende muligheter til å hjelpe pasienten til å forstå og hjelpe seg selv. Våre erfaringer er positive, men vi ser også utfordringer og forbedringspotensiale.



Foto: Privat

■
Av Elisabeth Ønal Løvaas,
 fagkoordinator ved Seksjon allmennpsykiatri, Sykehuset Levanger. Hun kombinerer stillingen som fagkoordinator med ordinært miljøkontaktarbeid og undervisning for pasienter og kolleger.

Artikkelen beskriver våre erfaringer med kognitiv miljøterapi i to sengeposter, Seksjon allmennpsykiatri og Seksjon psykoser ved sykehuset Levanger. Seksjonene tilbyr behandling av pasienter med tildels svært forskjellige behov.

Bakgrunn

Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger skal tilby evidensbasert behandling, spesifikk for de enkelte lidelser. Kognitiv terapi (heretter KT) støttes av internasjonal forskning, og er et prioritert tilbud i klinikken ved lidelser med dokumentert evidens.

To av sengepostene har implementert kognitiv miljøterapi (heretter KMT), mens en tredje er i oppstartsfasen. Seksjon psykoser har jobbet med implementering av KMT siden 2007. Samme år startet seksjon allmennpsykiatri forberedelser til implementering, før endelig innføring i 2009.

Psykiatrisk avdeling har 16 sengeplasser ved Seksjon allmennpsykiatri og 10 plasser ved Seksjon psykoser. Miljøterapien er tilpasset de ulike diagnosegruppene behov. Begge seksjoner har turnus i form av bevegelig arbeidstid (BAT) som gir fleksibilitet til å fordele personalressurser utfra behov for pasientoppfølging som for eksempel undervisningsgrupper. I begge seksjoner samarbeider miljøterapeuter og pasientansvarlige behandlere tett for å kunne gjennomføre kognitiv miljøterapi og skape et godt terapeutisk miljø. I tillegg behøves et aktivt samarbeid med pasienten for å oppnå et best mulig resultat. Felles mål og tiltak for behandling er definert i behandlingsplan i pasientens journal. Pasienten får en kopi av behandlingsplanen.

Moderne miljøterapi kan ses på som samspill på et medmenneskelig, respektfullt grunnlag. Miljøterapi bygger på den grunnleggende antagelsen om at hele institusjonen, ikke bare medisin, frisk luft,

meningsfulle aktiviteter, fysisk aktivitet, psykoterapi med mer påvirker pasientens holdninger og atferd. Et annet fellestrekk for alle former for miljøterapi er at de bygger på humanistiske idealer og en oppfatning av at mennesker lever i relasjoner, ikke som «isolerte øyer». (Thorgaard og Haga 2006. s. 126)

I KT legges det spesiell vekt på måten vi tenker og handler, og hvordan det kan påvirke følelser og utløse kroppslige reaksjoner hos oss. Kognitiv terapi fokuserer på å styrke pasientens egne ressurser, gir problemlette og symptomreduksjon. Hypotesen er at atferd og følelser påvirkes av hvordan vi oppfatter og tolker hendelser. Det er ikke en spesiell situasjon som bestemmer hva vi tenker, gjør eller kjenner, men måten vi konstruerer situasjonen på. Sentrale begrep i KT er tidligere erfaringer, negative grunnleggende leveregler, negative automatiske tanker, ubehagelige følelser, utløsende situasjoner og atferd. Kognitiv miljøterapi er i følge Holm og Oestrich(2007) en aktiv, strukturert, problemorientert, psykoedukativ og dynamisk behandlingsform. Den kognitive behandlingsmodellen i miljøet gir pasienten mulighet for å finne alternativer til uhensiktsmessige reaksjonsmønstre og utvikle nye ferdigheter.

Mens KT tradisjonelt har vært en individuell behandlingsform benyttet i samtalerommet mellom terapeut og pasient, har man i KMT tatt grunnleggende elementer fra KT og benyttet disse i miljøterapien. Det betyr at KMT i større grad gir en mulighet for å utnytte «de gyldne øyeblikk» i hverdagsituasjoner. Mange pasienter synes det kan være vanskelig å hente opp erfaringer de gjør seg i hverdagen når de har avtaler med sin behandler. I KMT er aldri den kognitive terapeuten langt unna, og situasjoner som oppstår kan utnyttes der og da. Man kan kartlegge reaksjoner og utnytte hverdagsituasjoner til å øve



Foto: Privat

■
Av Asbjørn Johansen,
 spesialergoterapeut, fagkoordinator med miljøterapeutansvar og spesifikke ergoterapeutoppgaver

gir nye muligheter

på individuelle kognitive problemstillinger. En pasient har gitt følgende eksempel på dette:

«Jeg var ute og gikk tur da jeg plutselig merket at hjertet slo kraftig. Jeg trodde jeg skulle dø. Fysioterapeuten som gikk sammen med meg spurte om jeg hadde drevet med idrett tidligere, og om jeg husket hvordan hjertet reagerte da. Da kom jeg på at pulsen naturligvis slår hardere når jeg er aktivitet. Jeg tenkte meg om og skjønnte at pulsen hadde økt fordi vi nettopp hadde gått opp en bakke. Dessuten vet jeg jo at jeg er i dårlig fysisk form. Denne oppdagelsen gjorde at redselen slapp.»

Likheter

KMT gir, slik vi ser det, en ramme og et språk til hjelp i samarbeidet med pasienten uavhengig av diagnose og spesifikke problemområder. Pasienter med ulike diagnoser, for eksempel angst, depresjoner og psykoser, har nytte av å jobbe strukturert med kognitiv tilnærming. Uansett diagnose fokuserer KT og KMT på pasientens tankemønstre og tolkninger. Utfordringen er å tilpasse den kognitive tilnærmingen til pasientens individuelle behov.

Seksjonene har samme forståelse av den kognitive terapeutens rolle i miljøterapien. Denne skal være en aktiv deltager i samtalen. Dette innebærer å informere, forklare, gi råd og stille konkrete spørsmål til pasienten. Terapeuten skal være klar, tydelig og enkel å forholde seg til. Behandlingsalliansen er sentral i kognitiv terapi, og

pasienten må være engasjert og aktivt deltagende i behandlingen om man skal oppnå resultater. I tillegg må målet det skal arbeides mot være tydelig og klart definert. Pasienten støttes i å mestre sine problemer og de utfordringer han står overfor. Han trenger hjelp til å forandre på uhensiktsmessige handlinger og tankemønstre, som både kan være resultat av og årsak til problemer. Terapeuten skal observere uten å tolke, men forsøke å forklare hva som skjer og hvorfor, slik at terapien blir forståelig for pasienten. Vi ønsker at pasienten blir en aktiv problemløser og medarbeider i behandlingen.

I begge seksjoner vektlegges betydningen av det faste aktivitetsprogrammet. Begge avdelinger har blant annet psykoedukative grupper, fysisk aktivitetsgruppe og friluftsgruppe. Disse aktivitetene inngår i en fast ukeplan som også omfatter døgnsstruktur og måltid. Planen gir forutsigbarhet og regelmessighet. Til tross for seksjonenes ulike innhold og struktur, er hensikten den samme. Alle faste aktiviteter skaper en arena for å arbeide med konkrete individuelle utfordringer. En pasient beskrev det slik:

«Jeg har ligget mye til sengs i det siste på grunn av angst, triste følelser og mangel på overskudd. Under innleggelsen ble vi enige om å prøve å normalisere døgnrytme og måltid, og arbeide med kognitive teknikker jeg har lært tidligere. Jeg skulle trene på å stå opp til frokost, spise og drikke litt til alle måltid og delta i postens program. Dette fikk jeg til ganske bra etter hvert, med støtte fra personalet. Da vi

POSITIV HJELPER: Miljøpersonalet skal hjelpe pasienten til selv å finne løsninger på problemer. Foto: Colourbox.

senere laget en oversikt over konsekvensene på tavla, ble jeg overrasket over hvor positivt en enkelting som mat og en normal døgnrytme virket inn på hverdagen min. Nå har jeg mye mer overskudd til å gjøre litt husarbeid, være sammen med familien min og besøke venner. Dermed får jeg trent på å omgås andre, gå i butikker og den slags. Angst, nedstemthet og skyldfølelse plager meg mindre nå.»

I litteraturen vektlegges behov for innslag av psykoedukasjon som en sentral brikke i KMT (Holm, Oestrich m.fl. 2007). Begge seksjoner har undervisning/psykoedukative grupper som et fast innslag på ukeplanen hver uke. Hensikten er å formidle kunnskap om psykiske lidelser og grunnprinsipper i KT. Vi foreslår nye og hensiktsmessige løsningsstrategier, og lar pasientene dele erfaringer og lære av hverandre. Fokus er å utforske alternative løsninger som kan bidra til hensiktsmessige endringer hos den enkelte pasient. Det er de samme erfarne miljøterapeutene som har undervisningen fra gang til gang. Vi benytter visuelle læringshjelpemidler, som whiteboard og powerpoint, i tillegg til enkelte kognitive verktøy (ABC modellen, 5-kolonne skjema og den kognitive diamant). Det gir oss muligheter for å vise film, lysbilder eller illustrere tema ved å skrive på tavla. Vi deler også ut kurspermer med «hand-outs» til hvert emne. Undervisningsdagene avsluttes alltid med en hjemmeoppgave til neste gang, slik at pasientene kan trene daglig på kognitive prinsipper de har lært. Disse fellesnevnerne skal bidra til å øke effekten av undervisningen ved å stimulere til økt deltagelse og engasjement hos pasientene.



UT PÅ TUR: Fysisk aktivitet er viktig, og pasientene er med i aktivitetsgruppe. Foto: Colourbox

Grunnlaget for undervisningen er lik ved Seksjon allmennpsykiatri og Seksjon psykosjer, men gjennomføres forskjellig ut fra pasientenes spesifikke behov. Slik oppnår vi best mulig effekt av psykoedukasjonsgruppene. Vi ønsker at personalet skal møte pasientene med en kognitiv tilnærming i ulike situasjoner til alle døgnets tider. Miljøpersonalet skal ikke nødvendigvis ha svar på pasientens spørsmål eller finne løsninger på alle problemer, men hjelpe pasienten til selv å finne fram til svaret.

Ulikheter

Seksjonene baserer sin KMT på de samme teoretiske rammene. Liggetiden ved Seksjon allmennpsykiatri er kort, bare 14-21 dager. Seksjon psykosjer har en gjennomsnittlig liggetid på cirka 50 dager. Problematikken er ulik, fra lettere psykiske lidelser til mer alvorlige. Skal vi oppnå hensiktsmessig behandling for de forskjellige gruppene krever det ulik tilnærming. Sentrale faktorer som styrer utformingen av KMT er symptomtrykk og kognitiv fungering. Ved Seksjon allmennpsykiatri kan en stille en del krav til struktur, oppmøte og deltagelse fordi pasientene fungerer relativt godt kognitivt. Ved Seksjon psykosjer er det større behov for å tilpasse utfordringene ut fra hvilken fase pasienten er i. Ikke alle er i stand til å delta i organiserte grupper, men krever individuell oppfølging. Uansett er det en stor fordel at miljøterapeuten er fleksibel og kan benytte spontane intervensjoner.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan ha redusert innsikt i egen sykdom. En varierende andel av pasientene ved Seksjon psykosjer er under tvangsbehandling. Erfaringene våre er at KMT fungerer også når pasienten ikke mottar behandling frivillig. Ofte er de symptomrelaterte temaene (som vrangforestillinger) sensitive i en akutfase. I en startfase kan slike tema ofte bli for utfordrende å jobbe kognitiv med. Pasient og terapeut kan likevel bli enige om andre problemområder det kan samarbeides om. En allianse kan bygges omkring tema som ikke berører pasientens motstand og innsikt. For eksempel kan en psykotisk pasient oppleve forholdet til familien sin som vanskelig, uten at han har innsikt i egne symptomer. Arbeidet med pasientens opplevde familiekonflikter kan i slike tilfeller bidra til en samarbeidsallianse som kan gi den nødvendige trygghet for å gå videre med mer grunnleggende problemer. Arbeid med kognitive metoder rundt tema pasienten selv har valgt, bør være første del av engasjerings- og sosialiseringfasen i kognitiv terapi. I denne fasen gis pasientene

en mulighet til å oppdage den positive effekten en kognitiv tilnærming kan ha. I Seksjon allmennpsykiatri kan en oppnå engasjement hos pasienten i løpet av få undervisningstimer. Seksjon psykosjer opplever imidlertid at det er hensiktsmessig å bruke lengre tid, både i undervisningsrommet og i hverdagsituasjoner, for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal engasjeres og se nytteverdien med denne metoden.

Seksjon allmennpsykiatri har to psykoedukaive grupper hver uke, hver på 45 + 30 minutter, med 15 minutters pause. Gruppene er lagt opp som kurs i kognitiv terapi med gruppeterapeutisk tilnærming. Eksempler på tema er angst, depresjon, fysisk aktivitet og søvnproblematikk. De to første undervisningsdagene omfatter en enkel opplæring i kognitiv teori, ulike teknikker og hjelpemidler. Videre undervises det om kognitive modeller for angst og depresjon, i tillegg til metoder for mestring av symptomer (f.eks; «Flash-cards,» beredskapsplan og tips til forebygging av tilbakefall).

Seksjon psykosjer har valgt å avgrense undervisningen til en dag i uka med en varighet på 30 minutter. Dette er av hensyn til pasientgruppens symptomtrykk og kognitive fungering. Av samme grunn er innholdet i undervisningen begrenset. Fokus er på visualisering og refleksjon omkring tema det undervises i. Dette gjøres for å skape engasjement og deltagelse i pasientgruppen. Temaene er grunnleggende kognitiv terapi, kognitive verktøy og motivasjon for endring. Dette fordeles på fem sesjoner. En pasient forteller om følgende erfaring:

«Det var tøft å møte i gruppa, og veldig tøft å fortelle om mine problemer. De forferdelige stemmene var en svært privat ting å snakke om. Når jeg først fortalte om dette og fikk høre at en til i gruppa hadde nesten lignende stemmer ble jeg overrasket. Jeg trodde ikke at andre hadde det slik. Det ble lettere å snakke om det samtidig som han andre hadde kloke tanker om sitt lignende problem. Temaet denne dagen var ABC-modellen der vi skulle beskrive en vanskelig situasjon. Det ble til at vi diskuterte min situasjon, og det var veldig nyttig.»

Sammensetningen av pasientgruppen som skal delta bør vurderes. I Seksjon psykosjer vurderer behandlingsteamet om pasienten skal få tilbud om deltagelse eller ikke. Vi ser at gruppen ikke bør være for stor, da det kan gjøre situasjonen uoversiktlig. I Seksjon allmennpsykiatri erfarer vi at pasientene tåler større grupper bedre, og alle pasientene som har mulighet deltar. Utfordringen blir i stedet å sørge for at alle deltagerne får komme med innspill.

Hjemmeoppgaver er sentralt i begge seksjoner men pasientenes behov for oppfølging varierer. Som hovedregel kan man si at mennesker med lette psykiske lidelser er i stand til å jobbe mer selvstendig med hjemmeoppgavene enn de med alvorlige lidelser. Seksjon psykosjer møter denne utfordringen ved å gi ekstra støtte til gjennomføring av hjemmeoppgaver. Det gjøres ved å sette av fast tid til dette i pasientens ukeplan. Vi ser at effekten av undervisningen øker når vi bruker nok ressurser på veiledning og støtte til gjennomføring av hjemmeoppgavene.

Erfaringer fra implementeringsprosessen

Skal man lykkes med omstrukturering av miljøterapeutisk retning i en sengepost, er det avgjørende med forankring i ledelsen. Det må tas en avgjørelse på hva enheten ønsker å oppnå. Videre må det legges til rette for kunnskapsøkning i personalgruppa. Vi har erfart nytten av ildsjeler som brenner for temaet, og som motiverer og veileder i hverdagens utfordringer.

I implementeringsfasen er påfyll av kunnskap i

«Kognitiv miljøterapi øker pasientens mulighet for selvstendighet og delaktighet i behandlingen.»

alle ledd av organisasjonen avgjørende. Begge seksjoner har prioritert å gi Norsk Forening For Kognitiv Terapis innføringskurs til mange medarbeidere. Tidligere erfaringer har vist at det kan oppstå behov for kunnskap utover innføringskurset på spesifikke tema, for eksempel KT ved psykosje. Vi mener dette handler både om en kognitiv forståelse av psykotiske symptomer og en annen innfallsvinkel til den kognitive miljøterapien. Seksjon psykosjer har sett at medarbeidere med gjennomført påbyggende kurs i psykosje-problematikk kom lettere i gang med kognitiv terapi enn de som bare hadde innføringskurs.

Blant faktorer som har hatt stor betydning for implementering av KMT mener vi psykoedukaivonsjonsgruppene har vært viktig. Gruppenes betydning som implementeringsverktøy kan beskrives utfra forskjellige erfaringer. Vi ser en tendens til at de av personalet som er kursledere også jobber mer kognitivt rettet med pasienten i det daglige. De får en motivasjons- og veilederrolle i forhold til de av personalet som er mer usikker i bruk av kognitive

verktøy. Seksjon allmennpsykiatri praktiserer at to til tre ansatte til enhver tid kan være observatører i de psykoedukative gruppene. Dermed brukes gruppene også til opplæring av ansatte, både fra egen og andre seksjoner. Summen av dette er at personalet i avdelingen får en økt kollektiv bevissthet om det å jobbe ut fra prinsippene i KMT. Vi mener også at fordeling av undervisningsansvar for de kognitive gruppene på flere medarbeidere er hensiktsmessig. Det gjør avdelingen mindre sårbar enn om ansvaret legges på svært få personer.

Gjennom denne prosessen har vi oppdaget flere ting, blant annet at det å «jobbe kognitivt» ikke innebærer store omveltninger i forhold til hvordan vi har arbeidet tidligere. KMT er også en eklektisk modell, som setter elementer fra flere metoder inn i en helhetlig ramme. Oppdagelsen av at dette er kjente arbeidsmetoder gjør at motivasjonen for å fortsette øker. Utfordringen blir i hovedsak å bruke velkjent kunnskap i en ny sammenheng. Vi ser først og fremst tre viktige endringer som følge av implementeringen av KMT:

1) Pasientperspektivet. Vi ser tydelig at KMT øker pasientens mulighet for selvstendighet og delaktighet i behandlingen. Pasientens opplevelse av egen situasjon er utgangspunktet for behandlingen. Et godt resultat er avhengig av pasientens deltagelse og alle tiltak som skal medføre endring krever samarbeid.

PASIENT: Før har jeg hatt en del innleggelse på sykehus og prøvd forskjellige metoder mot depresjon og angst med lite hell, får en si. Det har gått ut på samtalerterapi, gruppeterapi, arbeidsstue og fysisk aktivitet. Nå har jeg begynt å få tak på tanker og følelser og fått satt det i et system på et vis. Dette har hjulpet meg igjennom sykdomsperioder.

2) Endringsperspektivet står sterkt i KMT. Alle intervensjoner rettes mot at pasientene kan foreta avgjørende endringer i sin være – og tenkemåte, noe som øker evnen til å håndtere utfordringene de har.

PASIENT: Den kognitive modellen er det som har hjulpet meg til å tenke annerledes og vært nøkkelen for meg. Når jeg har løst et problem, så oppdager jeg også løsningen på mange andre små dagligdagse problemer som betyr så mye for meg i hverdagen.

Jeg bruker 5 kolonneskjemaet og «Flash-cards» ofte. Tidligere brukte jeg det i papirform, men nå har jeg det i hodet. Dette hjelper meg til en helt ny tenkemåte. Før var jeg «jævlig ensporet», hektet meg opp i den første tanken jeg fikk. Uten «nøkkel» fant jeg ingen alternativ. Nå finner jeg straks en alternativ løsning.

3) Dempe ubehag. Der man tidligere hadde som mål å fjerne symptomer og plager, tenker vi nå at ubehag kan dempes og håndteres på en mer hen-

TILSTEDEVÆRENDE TERAPEUT:

I kognitiv miljøterapi kan terapeuten utnytte situasjoner som oppstår der og da, for eksempel om pasienten skulle oppleve angst når de er ute på tur. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



siktsmessig måte av pasienten selv. Til det behøves ulike mestringsstrategier og alternative tenkemåter som det må trenes på.

PASIENT: Målsetting er viktig for meg. Jeg må huske på å lage meg små, konkrete delmål. Målene må ikke være for ambisiøse! Det har jeg brent meg på mange ganger. En ting kan være et mål om å kjøpe blomster til leiligheten. Da må jeg vanne og stelle blomstene, så blir det trivelig å være der. Jeg kjøpte en godstol også, så jeg kunne se på tv. Dermed kunne jeg prate med folk om det som gikk på tv. Det ble trivelig å være sammen med folk og naturlig å rydde og vaske i leiligheten til helga.

Mange små delmål og gjøremål har til sammen skapt trivsel der jeg bor.

Disse tre faktorene betyr at vi som terapeuter må gi fra oss en del kontroll i behandlingsprosessen. Vi opplever det svært givende å se at pasienten blir mer deltagende i behandlingen. Ofte handler den innledende fasen i behandlingen om at pasient og terapeut må avklare sine perspektiv på pasientens situasjon. Tanker om hva som kan være riktig behandling må også diskuteres. Til slutt må pasient og behandlere enes om en felles målsetting å arbeide mot. KMT gir oss en felles plattform som lar pasientene beskrive sin situasjon i et språk som personalet forstår. Et felles språk letter samarbeidet. Alliansen styrkes når pasient og behandler har en opplevelse av å forstå problemet på samme måte. Psykoedukasjonsgruppene gir oss verktøy som pasient og terapeuter kan benytte i fellesskap. KMT legger til rette for at pasient og terapeut kan lage et felles prosjekt å samarbeide om, nemlig økt livskvalitet og bedre symptommestring for pasienten:

«Hvis jeg lykkes med «kognitiv terapitenkning» slik jeg har lært, så holder jeg meg stabil og finner lettere løsninger på problemer. Da tar jeg også medisinen min og holder avtaler med for eksempel ansvarsgruppa i kommunen. Det er med på å holde meg stabil, og da greier jeg å fortsette med «kognitiv terapitenkning». Problemet oppstår hvis jeg får sykdomsperioder og faller ut av den gode sirkelen min. Da vet jeg at jeg snarest mulig må få hjelp til å komme meg inn dit igjen.

Veien videre

Våre erfaringer med KT og KMT er positive. Samtidig ser vi utfordringer og forbedringspotensial. Kravet til individualisert tilnærming krever mer

ressurser fra personalet enn det en fast undervisningspakke gjør. Det betyr at vi må være gode til å fange opp de som trenger ekstra oppfølging. Dette gjelder ofte i engasjerings- og sosialiseringssfasen, men også overfor pasienter som har et for stort symptomtrykk. De kan likevel delta i gruppene for fellesskapets del, og tilbys et nytt opphold senere når de fungerer bedre kognitivt og kan konsentrere seg om innholdet i undervisningen.

Vi har oppdaget at en god kognitiv utredning er nyttig med tanke på å kartlegge pasientenes forutset-

«Våre erfaringer med kognitiv terapi og kognitiv miljøterapi er positive.»

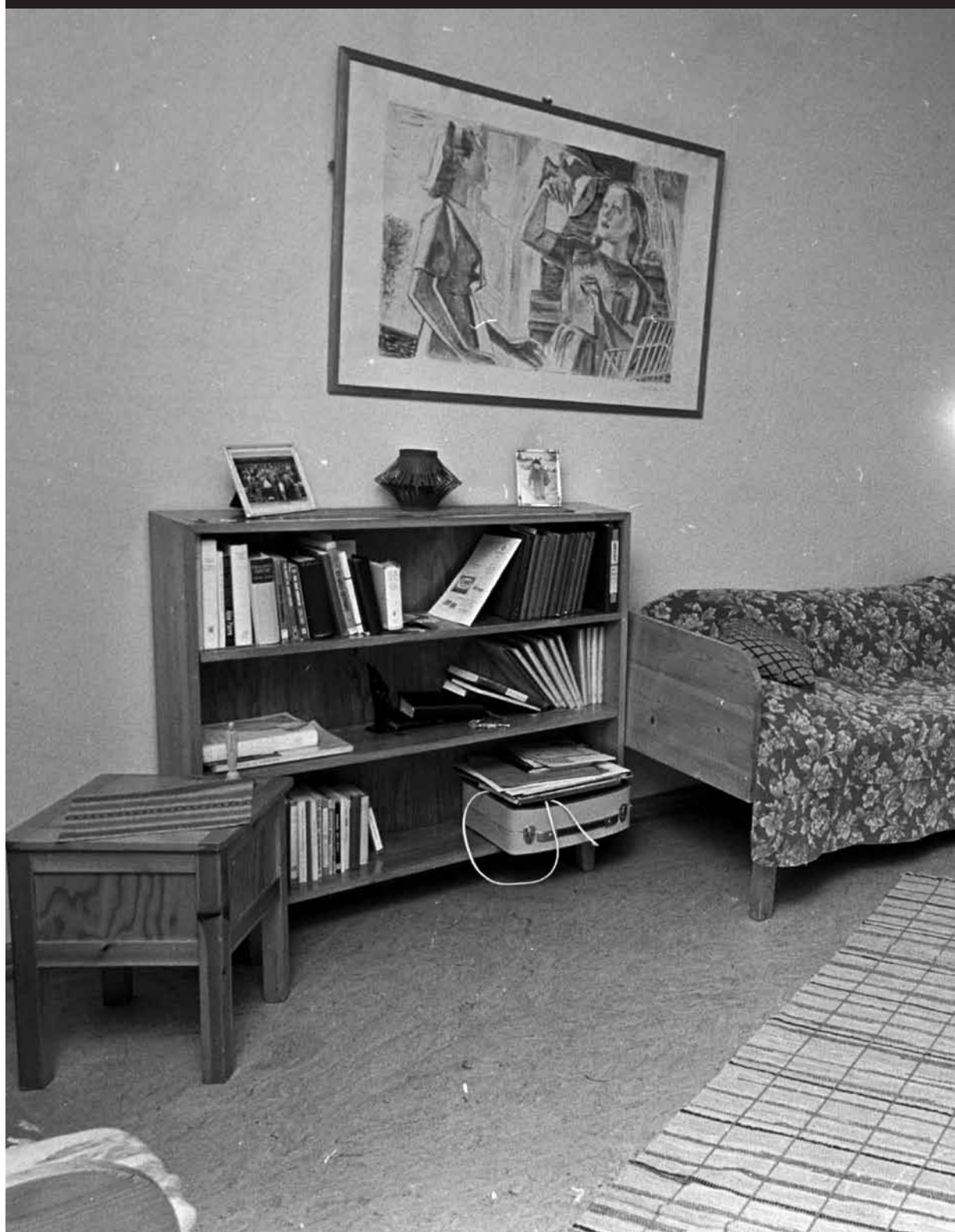
ninger for å kunne ta i bruk KT. Herunder kommer vurdering av pasientens evne til sykdomsinnsett.

Mange av våre pasienter har oppfølging fra hjemkommunene utenom innleggelsene. Noen trenger videre veiledning i det kognitive arbeidet de har begynt på under innleggelsen. Vi ser en forbedringsmulighet i at flere i det kommunale hjelpeapparatet får kjennskap til KT. De som allerede har innføringskurset, men som ikke bruker det, bør få støtte til å komme i gang. Dermed vil pasienten kunne sikres kontinuitet og forutsigbarhet i arbeidet med å nå sine målsettinger, både i sin hjemkommune og under innleggelse i sykehus. ■

Litteratur:

- Beck, J. S. (1995) Cognitive Therapy. The Guilford Press
- Berge, T., Repål, A. (2008) Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Berge, T., Repål, A. (2004) Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Holm, L., Oestrich, I. H., Austin, S., Beck, S., LaCour, L. L. & Lykke, J. (2006) Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde. Virum: Dansk psykologisk forlag a/s.
- Lykke, J. & Oestrich, I. H. (2006) Kognitiv miljøterapi manual til personalet. Virum: Dansk psykologisk forlag a/s.
- Simonsen, Inge E. (2007) Kognitiv miljøterapi og erfaringslæring. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Nr 44, s 1340-49.
- Thorgaard, L. og Haga, E. (2006) Relationsbehandling i psykiatrien, bind 1. Gode relationsbehandlere og god miljøterapi. Hertevig Forlag, Stavanger/ Psykinfo Forlaget Risskov.
- Wright, J.H., Thase, M. E., Beck, A.T. & Ludgate, J.W. (1993) Cognitive therapy with inpatients- developing a cognitive milieu. New York: The Guilford Press.

Artikkelen ble trykket første gang i Tidsskrift for Kognitiv Terapi nr 3, 2011.



Studenter ved Vor Frue Hospital sin sykepleierskole leser leker på hybelen i Oslo i 1964. Sykepleierutdanningen var i regi av St. Joseph

søstrene, som drev sykehuset fram til 1978. I dag er Vor Frue Hospital er en av institusjonene som behandler psykisk syke i Oslo. Pasi-



entene er hovedsakelig mennesker med schizofreni, langvarige psykozer, alvorlige personlighetsforstyrrelser og psykiske lidelser i kombinasjon med rus-

middelbruk. Vor Frue Hospital har 39 døgnplasser.

Kilde: Scanpix, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Vor Frue Hospital

Mange innlagt med tvang

I 2010 ble rundt 5 700 personer tvangsinnlagt til sammen 8 300 ganger. Det utgjør 22 prosent av døgnpasientene i det psykiske helsevernet for voksne og 18 prosent av alle innleggelses.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Colourbox

Det har vært en målsetting å redusere omfanget av tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet. Rapporten «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2010» er ledd i dette arbeidet.

Tvungen observasjon

Nivået på tvangsinnleggelse i 2010 er tilnærmet uendret fra året før, og det ser ikke ut til at omfanget av tvangsinnleggelse er på vei ned.

Halvparten av tvangsinnleggelsene var en innleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ble vurdert å være nødvendig for en av fire observasjonsopphold. Analysene viser betydelige forskjeller i omfanget av tvangsbruk både mellom og innad i helseregionene, og det er de samme forskjeller som fremkommer for både 2009 og 2010.

Schizofrenidiagnose

For 39 prosent av de tvangsinnlagte pasientene var schizofreni angitt som hovedtilstand og tvangsbehandling ser i stor grad ut til å kunne knyttes til denne pasientgruppa. For nærmere hver tredje tvangsinnlagte ble det i 2010 rapportert om rusrelatert lidelse, og observasjonsopphold ser i noen grad ut til å kunne knyttes til forekomst av rus.

Rapportering av tvangsbehandling, vedtak om skjerming og tvangsmiddelbruk antas fortsatt å være ufullstendig og nasjonalt omfang for 2010 kan derfor ikke beregnes basert på rapporterte pasientdata.

Kontrollkomisjonene

Ifølge tall fra kontrollkomisjonene ble det i 2010 fattet 3 499 vedtak om tvungen observasjon og 3 980 vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH).

Av de 3 499 vedtakene om tvungen observasjon ble 247 vedtak påklaget til kontrollkomisjonene. Av disse fikk fem prosent medhold. Av de 3 980 vedtakene om TPH ble 1 915 vedtak, eller 48 prosent, påklaget til kontrollkomisjonene. Av disse fikk også fem prosent medhold. Det er imidlertid store forskjeller mellom komisjonene.

Kommisjonene behandlet blant annet spørsmål knyttet til husordensregler, saksbehandling (journalføring, brukermedvirning), samtykke samt overføring fra frivillig til tvungent vern. Videre tok enkelte kommisjoner opp spørsmål vedrørende tolketjenester og andre språklige utfordringer. Det er også knyttet merknader til pasienters mulighet for aktivitet ved opphold i psykiatrisk klinikk og overføring når pasienten er ferdigbehandlet.

Mangelfull rapportering

Institusjonenes innrapportering av tvangsdata til Norsk Pasientregister (NPR) er fortsatt mangelfull. Og gjennomgangen av data fra kontrollkomisjonene avdekker en betydelig underrapportering, særlig av utfallet av kontrollkomisjonenes behandling av klager på skjerming og på bruken av tvangsmidler.

Helse- og omsorgsdepartementet har nå pålagt de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet å utarbeide forpliktende handlingsplaner for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. ■

TVANG: Like mange ble tvangsinnlagt i 2010 som året før.



Velkommen til landskonferansen

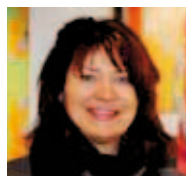
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere (LPS) sin årlige landskonferanse arrangeres i Kristiansand 7- 9.mai i år.

Tekst Bodil Bakkan Nielsen

Arets konferanse har fått tittelen «Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet. Hvor går vi i 2012?» Vi har lånt tittelen til konferansen fra Inger Beate Larsen og Anders J. W. Andersens sin spennende artikkel med samme overskrift. I artikkelen har de tatt utgangspunkt i 12 skandinaviske selvbiografier skrevet av mennesker med psykisk lidelse i tidsepoken 1908-2008. Studien belyser erfaringer skandinaviske brukere har hatt med hjelpen de har motatt innenfor psykisk helsevern. Artikkelforfatterne berører tema som

flere innenfor vårt fagfelt er opptatt av. Vi har derfor invitert en stortingspolitiker, erfaringskonsulenter, forskere og flere fagfolk til å dele sine tanker, erfaringer og kunnskap. Vårt hovedmål med konferanseprogrammet er å gi deg som deltaker en bredere innsikt i valgene du gjør som sykepleier og medmenneske innefor rus - og psykisk helsefeltet.

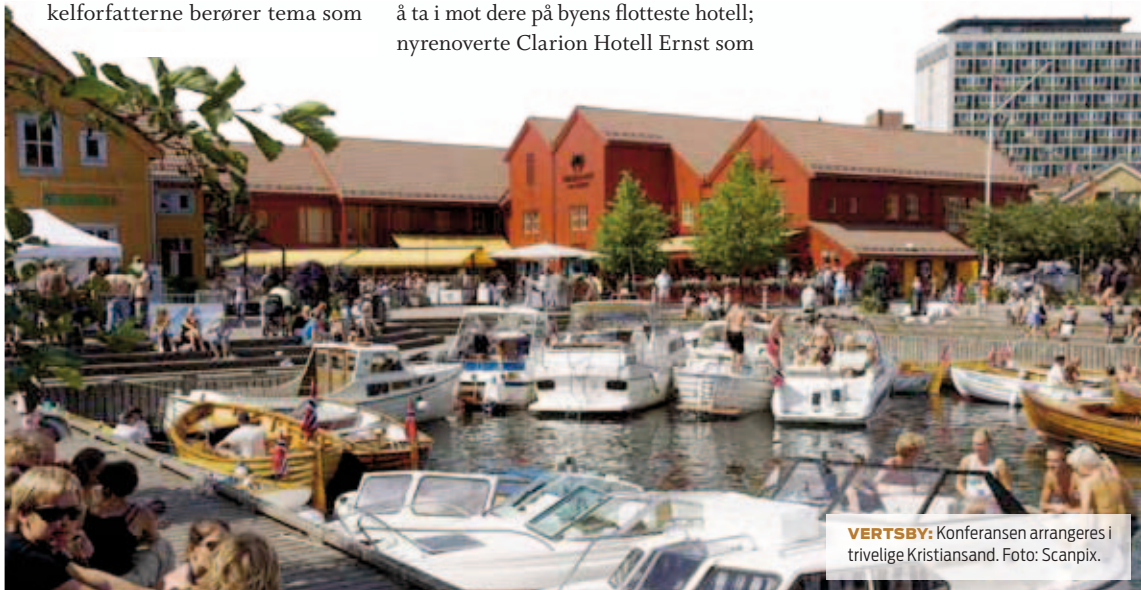
Da gjenstår det å ønske brukere, sykepleiere og fagpersonell innenfor fagfeltet psykisk helse og rus velkommen til Kristiansand. Vi gleder oss til å ta i mot dere på byens flotteste hotell; nyrenoverte Clarion Hotell Ernst som



ARRANGØR: Bodil Bakkan Nielsen er leder av lokalgruppen i Vest-Agder, som er arrangør av konferansen sammen med styret i LPS.

ligger i hjerte av byen. I tillegg til faglig påfyll håper vi også at dere kan få nyte noen flotte dager i vår vakre by!

Programmet for konferansen og påmeldingskjema finner du på neste side. ■



VERTSBY: Konferansen arrangeres i trivelige Kristiansand. Foto: Scanpix.

«Tvangstrøye og ensomhet, blomster

MANDAG 7. MAI

	FORSKNINGSKONFERANSEN Åpen for alle faggrupper, brukere og pårørende Registrering
09.00	
09.30	Åpning
09.45	From «Double Trouble» to «Dual Recovery»: Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. Ved <i>Larry Davidson</i> Professor of Psychiatry and Director Yale Program for Recovery and Community Health, Connecticut, USA
10.45	Pause
11.15	«Skitpraten» – broen til verdighet og samfunnsdelaktelse v/ <i>Arve Almvik</i> , faglig rådgiver Høgskolen i Sør-Trøndelag
12.15	Lunsj
13.15 - 14.15:	Person-centred nursing in mental health care; theory and practice. Ved <i>Brendan George McCormack</i> , Professor of Nursing Research/Director of the Institute of Nursing Research, and Head, Person-centred Practice Research Centre [PCPRC], University of Ulster, Irland. Professor II, Buskerud University College
14.30 -17.00	Parallele sesjoner. Frie foredrag. Sykepleie innen fagfeltene psykisk helse og rus. Det inviteres til muntlige innlegg med 25min + 5 min spørsmål (totalt 30 min.) under sesjonen Frie foredrag mandag 7. mai. Tema for denne sesjonen har en vid ramme «Sykepleie innen fagfeltene psykisk helse og rus»: Vi ønsker innlegg om forskningsprosjekt innen fagfeltene rus og psykisk helse og fagutviklingsprosjekt fra praksis. Abstract av innlegget skal ha inntil 300 ord inkludert overskrift og eventuelle referanser. Abstractet skal deles i: – Tittel på innlegget. – Navn på forfatterne uten titler; Etternavn, initialer, adresse og e-postadresse til førsteforfatter. – Abstract skal være strukturert: formålet med studien, metode, resultater og konklusjon. Abstracts som angir i hvert fall noen resultater vil bli prioritert Abstract sendes: Unn Hammervold, epost: unnhvold@online.no innen 01.02.12. Det er kun elektronisk påmelding. Vi ber om at abstractene skrives i Word.
18.00	Mottakelse DELTAKERAVGIFT mandag 7. mai kr 1.000,- Brukerorganisasjoner samt erfarere kr 750,- I deltakeravgiften inngår faglig program. Kaffepauser og lunsj mandag

TIRSDAG 8. MAI

	LANDSKONFERANSEN 2012 Rus og psykisk helse – to sider av samme sak Møteleder: Anders J. W. Andersen Registrering
08.00	
09.00	Åpning ved leder LPS Vest-Agder og <i>Kurt Lyngved</i> , leder LPS Kulturelt innslag
09.30	Hva betyr samhandlingsreformen for rus og psykisk helsefelt – hvilke muligheter gir den? Ved stortingsrepresentant og psykiatrisk sykepleier <i>Kari Henriksen</i>
10.00	Pause
10.20	Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet. Ved førsteamanuensis <i>Inger Beate Larsen</i> og førstelektor <i>Anders J. W. Andersen</i> , Fakultet ved Helse og idrett, Psykisk helsearbeid ved UIA
11.15	Må man være frisk for å være medborger? Ved Dekan <i>Trygve Wyller</i> , Teologiske Fakultet, UIO.
12.15	Lunsj
13.15	Samhandling – stafett eller lagspil? Ved lege og spesialist i psykiatri <i>Trond Aarre</i> .
14.15	Pause
14.45 - 15.30	Parallele sesjoner: Behandlingsopplegg som virker Sesjon 1 Fritid med bistand. Ved prosjektleder <i>Anders Midtsundstad</i> , Kristiansand kommune Sesjon 2 KID-kurs for personer i arbeidslivet – et samarbeid mellom NAV og Kristiansand kommune. Ved psykiatrisk sykepleier <i>Unni Tvedt</i> , Kristiansand kommune Sesjon 3 Hasjavenningskurs. Ved prosjektleder <i>Geir Ropstad</i> , Kristiansand kommune Sesjon 4 Kognitiv svikt og kognitiv trening. Ved psykolog og doktogradsstipendiat <i>June Lystad</i> , UIO Jobbmestrende oppfølging. Ved psykiatrisk sykepleier og prosjektleder <i>Siri Erga</i> , SSHF Sesjon 5 Det barn ikke vet har de vondt av....lenge. Ved barnekoordinator/erfaringskonsulent <i>Ellen Walnum</i> , SSHF
15.30	Kaffepause med utstillersbesøk
15.45	Generalforsamling
20.00	Festmiddag DELTAKERAVGIFT 8. og 9. mai kr 3.750,- I deltakeravgiften inngår faglig program, kaffepauser, lunsj tirsdag og onsdag og festmiddag tirsdag. Tillegg til deltakeravgiften for ikke-medlemmer i LPS kr 500,-

vaser og kjærlighet» – hvor går vi i 2012?

ONSDAG 9.MAI	
09.00	Historier om endring. Møteleder: Inger Beate Larsen
09.05	Erfaringskonsulent i ABUP Sørlandet sykehus <i>Karianne Marlene Zachariassen</i> synger og holder foredrag med følgende tema: «Jeg er mer enn hva du ser»..
09.45	Pause
10.15	Ingen er bare det du ser. Erfaringer fra Frelsesarmeens Gatehospital. Ved <i>Marit Myklebust</i> , leder av Frelsesarmeens Gatehospital Oslo
11.00	«Om jeg så skulle kjøre fra Svalbard, så ville jeg møte opp på ansvarsgruppemøtene». Ved allmennlege og smitteoverlege <i>Dagfinn Harr</i> , Kristiansand Kommune.
11.45	Lunsj.
12.45	En historie om samarbeid som kan gi håp til håpløse. Ved psykologspesialist <i>Andreas Aamodt</i> og erfaringskonsulent <i>Cecilie Vigmostad Eriksen</i> , RVTS Sør/SSH.
13.30	Pause
13.45	Erfaringsbasert kunnskap som pasient på psykiatrisk akuttpost. Ved psykiatrisk sykepleier <i>Per Ivar Støle</i> , SSHF
14.45	Presentasjon av neste års Landskonferanse

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

STED: Clarion Hotel Ernst, Kristiansand

OVERNATTING pr/pers/natt:
Enkeltrom kr 1080,-/
dobbelrom kr 600,-

FRISTER: Ved påmelding etter 1. februar 2012 påløper et gebyr på kr. 300,-/ etter 1. april kr 500,-. Påmelding ved konf.start kr 750,-.

PÅMELDING: Skriftlig pr. fax, post eller elektronisk ved å gå inn på www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere. Bindende påmelding.

PÅMELDINGEN SENDES TIL:
KURS OG KONGRESSERVICE, «LPS»,
7340 OPPDAL Fax 72 42 34 40
e-post: post@kursogkongress.no
For spørsmål ta kontakt med Kurs & Kongresservice tlf 72 42 34 48

BETALING: Faktura/bekreftelse på bestillingen sendes ut etter 15. februar. Ønskes faktura tilsendt i

2011, anfør dette på påmeldingen eller send epost til post@kursogkongress.no. Dersom faktura ønskes sendt til en annen adresse enn jobbadressen vil det påløpe et gebyr på kr 50,-. Bekreftelse blir da sendt til deltakeren og fakturaen til oppgitt fakturaadresse

AVBESTILLING: Kun skriftlig avbestilling. Avbestilling etter 15. februar kr 400,-. Etter 1. mai betales full deltakeravgift inkl. bestilt overnatting/ bispising.

REISE: Det er reservert et begrenset antall flybilletter til/fra Kr.sand med rabatt. Kryss av på påmeldings-skjemaet dersom du ønsker tilsendt bestillingsskjema for flybillett. Denne sendes i postoppkrav senest en uke før avreise. Spørsmål vedr. flytider/priser: Berg-HansenReisebureau, Trondheim. Tlf. 73 10 47 17. Fax 73 10 47 01 Kontaktperson: Wenche Foss. E-post: wefo@berg-hansen.no

Efternavn Fornavn

Tittel Arb.sted

Adresse arb. Pnr/sted

Tlf. Faks E-post

Bemerkning/spesiell diett/annen fakt.adresse/best.kode mm:

Er medlem av LPS Brukeorg./erfarer Ønsker å delta på Forskningskonferansen Landskonferansen 2012

Påmelding til parallelle sesjoner Tirsdag 8. mai -kl. 14.15-15.00. Sesjon nr.

Overnatting

Ønsker ikke overnatting Ønsker overnatting i enkeltrom Ønsker overnatting i dobbeltrom sammen med

Ankomst dato Avreise dato Ønsker røykerom

Bespising utenom deltakeravgiften:

Ønsker å delta på mottakelse mandag 7. mai kl. 18.00

Ønsker tilsendt bestillingsskjema for fly

Ferske fagnyheter hver mandag

PsykNytt er en tjeneste på Helsebiblioteket for folk som jobber med psykisk helse. Alle som ønsker får ferske nyheter fra inn- og utland tilsendt hver mandag.

Tekst Øystein Eiring, redaktør Helsebiblioteket.no/psykiskhelse, spesialist i psykiatri
Foto Colourbox

Ideen bak PsykNytt er å gjøre det enkelt for ansatte innen psykisk helse å lese sentrale fagnyheter innen feltet.

– Vi har avtaler med sentrale norske tidsskrifter og nettsteder om å viderefremme første del av artikkelen, med lenke til originalkilden. I tillegg lager vi korte saker basert på engelskspråklige nyheter innen faget, forteller redaktør Øystein Eiring.

En del av stoffet i PsykNytt handler om hvordan du kan bruke ressurser på Helsebiblioteket. Som kjent gir Helsebiblioteket deg tilgang til noen av verdens beste oppslagsverk, tidsskrifter og databaser. Blant annet abonnerer Helsebiblioteket på alle APAs (American Psychological Association) tidsskrifter. Helsebiblioteket abonnerer også på UpToDate, BMJ Best Practice og BMJ Clinical Evidence.

Lær om bruk

Artiklene om innhold på Helsebiblioteket handler for eksempel om:

- Hvordan du finner kortfattet og pålitelig kunnskap om depresjon.
- Hva oppsummert forskning viser om spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, schizofreni og mange andre emner.
- Hvilke retningslinjer vi har i Norge om demens, ADHD, akuttpsykiatri og mange andre emner.
- Norske rapporter om DPS, alderspsykiatri og psykisk utviklingshemning.

Sakene handler også om hvordan du bruker ressursene. Dersom du følger med på PsykNytt vil du i løpet av et års tid også ha blitt ledet gjennom de fleste ressursene Helsebiblioteket har innen psykisk helse, samtidig som du blir godt faglig orientert.

Blant de ferskeste sakene finner du mange om psykiatrisk sykepleie:

- Tøyen DPS har opprettet et eget depot-team som teller to sykepleiere og en psykiater - målet er å få ned antall tilbakefall hos pasienter med schizofreni
- Marte Meo-veiledning påvirker per-

sonalets opplevele av mestring i demensomsorgen

- Hvordan sykepleiere kan bli eksperter på informasjon
- Saker fra andre faggrupper er også gitt plass, som for eksempel:
- Intervju med psykiater Lars Linderoth som beskriver hvordan helsepersonell kan markedsføre seg bedre overfor ruspasienter
 - Kritikk av den nye diagnosemanualen DSM-V fra norske psykologer

De norske sakene kommer fra Sykepleien.no, Tidsskrift for Den norske legeförening, Norsk Psykologtidsskrift, Helsedirektoratet, Legemiddelverket, Folkehelseinstituttet og flere andre.

Ved McMaster-universitetet i Canada går informasjonsspesialister hver uke gjennom de siste forskningsartiklene i 120 respekterte tidsskrifter og siler ut de som er relevante.

Enkelt å abonnere

PsykNytt ligger på nettet og kan brukes på vanlig pc. Du kan også bruke

mobiltelefonen, så PsykNytt kan du lese på vei til og fra jobben, i en pause på jobben eller hjemme på sofaen. Alt du trenger er en såkalt smarttelefon med nettforbindelse.

Sakene fra PsykNytt legges ut på Helsebibliotekets emnebibliotek om psykisk helse, som har rundt 305 000 sidevisninger i måneden, og da er ikke bruken av selve ressursene medregnet. De 7500 visningene på www.psyknytt.no kommer i tillegg.

– Når vi publiserer saker på PsykNytt, sender vi samtidig ut en e-post til rundt 1000 registrerte lesere. All bruk av tjenesten er gratis, også abonnement, forklarer Eiring.

Du kan abonnere ved å sende e-post-adressen din til psyknytt@helsebiblioteket.no. Du kan også gå inn på www.psyknytt.no og opprette abonnement fra en lenke i høyremargen.

PsykNytt har allerede blitt kjent utenfor Norges grenser. I Oxford har nyhetsbloggen fått en engelsk fetter: The Mental Elf.

■ AKTUELLE LENKER:

www.psyknytt.no
www.helsebiblioteket.no/Psykiskhelse



NYTTIG NETTSTED: PsykNytt er et nettsted med store mengder oppdatert helseinformasjon.



PSYKNYTT: Få en e-post med siste nytt om psykisk helse hver mandag.

Tips til deg som hjelper pasienter

Visste du at Helsebiblioteket har en egen ressursamling for psykisk helse-feltet? Her er åtte tips som kan hjelpe deg til raskt å finne informasjon.

Tekst Øystein Eiring, redaktør Helsebiblioteket.no/psykiskhelse, spesialist i psykiatri
Foto Colourbox

FAGOMRÅDER

Hvilke fagområder innen psykisk helse dekker Helsebiblioteket?

- ADHD
- Akuttpsykiatri
- Alderspsykiatri
- Angst
- Barn og ungdom
- Depresjon og mani
- Diagnostikk og utredning
- DPS
- Flyktninger og innvandrere
- Kjønn og seksualitet
- Kropp og sinn
- Personlighetsforstyrrelser
- Psykisk helsearbeid
- Psykisk utviklingshemming
- Psykoterapi
- Rus og avhengighet
- Schizofreni og psykose
- Selvmord og selvskaide
- Spiseforstyrrelser
- Søvnforstyrrelser
- Traumer, stress, overgrep
- Voldsrisiko og kriminalitet

Emnebibliotek psykisk helse – www.helsebiblioteket.no/psykiskhelse – hjelper deg til å finne kunnskapen du trenger innen psykisk helse-feltet. Åtte spørsmål og svar fungerer som eksempler på hva du kan finne gjennom fritt tilgjengelige nettressurser.

Skåringsverktøy

Jeg bruker ofte Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I.) når jeg utreder pasienter. Nå er kopibunken nesten tom. Hva kan jeg gjøre?

Finn M.I.N.I. under overskriften «Skåringsverktøy» og skriv ut. Hvis du har behov for andre skåringsverktøy, finner du over 100 tester via Emnebibliotek psykisk helse.

Pasientinformasjon

Jeg følger opp en gutt med ADHD. Jeg skulle gjerne gitt foreldrene en god brosjyre om behandlingen, hvor kan jeg finne det?

Under «ADHD» i venstremenyen finner du relevant pasientinformasjon, blant annet brosjyrer som er oversatt og tilpasset fra BMJ Best Practice av Helsebiblioteket.

Retningslinjer

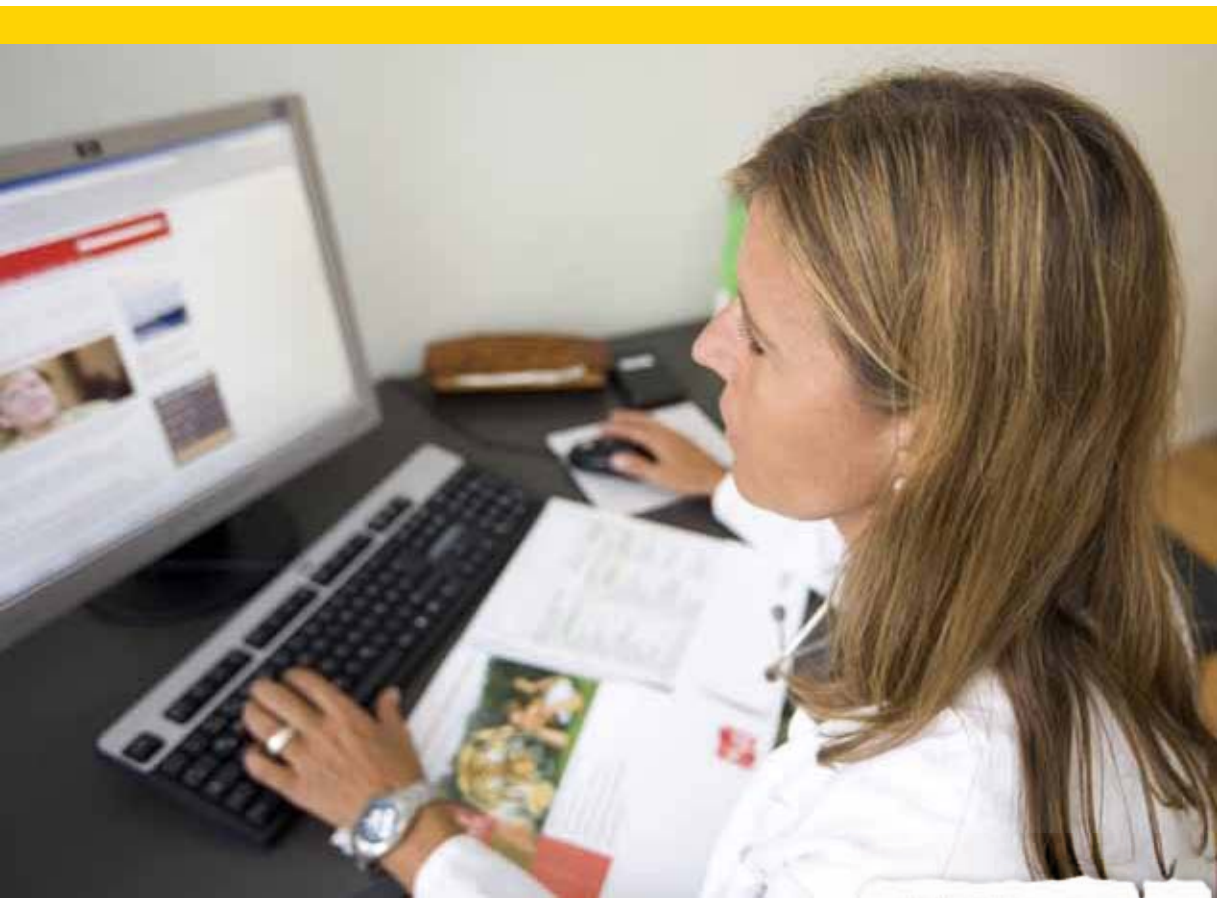
Jeg står fast i behandlingen av en pasient med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Finnes det en god internasjonal retningslinje?

Ja, velg «angst» i venstremenyen på Emnebibliotek psykisk helse og deretter «retningslinjer». For eksempel har National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i Storbritannia gitt ut en retningslinje om hvordan du kan håndtere PTSD.

Faglige oppslagsverk

Jeg hadde nylig en pasient som knapt greide å sitte stille. Han stod på anti-psykotika. Jeg kom til å tenke på akatisis - hvor kan jeg lett sette meg inn i hva en nå vet om dette problemet?

De mest kortfattede og relevante svarene vil du antageligvis finne i de kliniske oppslagsverkene BMJ Best Practice og UpToDate. Helsebiblioteket gir deg gratis tilgang til begge kildene. Søk på «akathisia» og «antipsychotics», så vil du se hvilken behandling oppslagsverkene anbefaler.



SISTE NYTT: Kunnskapen du trenger kan være bare noen tastetrykk unna. Foto: Colourbox

Fulltekstartikler

Jeg hørte av en kollega at det var en god artikkel om behandling av spiseforstyrrelser i siste Archives of General Psychiatry. Hvordan kan jeg finne artikkelen?

Via Emnebibliotek psykisk helse er det enkelt. Velg «De største tidsskriftene» på forsiden, gå inn på tidsskriftet Archives of General Psychiatry og finn artikkelen.

HESEBIBLIOTEKET

- Opprettet i 2006
- Finansiert av det offentlige
- Driftet i Nasjonalt kunnskapssenter
- Målgruppen er alt norsk helsepersonell
- Kjøper tilgang til viktige kunnskapsressurser
- Samler norskspråklige, fritt tilgjengelige ressurser
- Har egne emnebiblioteker, som for eksempel psykisk helse

Spesialtidsskrifter

Jeg er mer interessert i psykoterapi og psykososialt arbeid enn i medisinske problemstillinger. Finnes det et tilbud til meg?

Helsebiblioteket abonnerer på 61 tidsskrifter fra den amerikanske psykologforeningen, der psykoterapi og psykososialt arbeid vektlegges. Følg lenken til «PsycARTICLES» fra Emnebibliotek psykisk helse for tilgang til disse tidsskriftene.

Bedre versjon av PubMed

Jeg har en pasient som bruker lamotrigin. Hvordan kan jeg finne det nyeste om risikoen for overfølsomhetsreaksjoner?

Prøv «PubMed – fulltekst» via Helsebiblioteket. Skriv «lamotrigine» og «hypersensitivity» i søkefeltet. For å finne oversiktsartikler velger du «review» i høyremargen. I PubMed klikker du på «Helsebiblioteket fulltekst»-ikonet ved siden av artikkel-



HESEBIBLIOTEKET: Nettstedet har egen ressursssamling for psykisk helse (faksimile Helsebiblioteket).

sammendragene for å lese artikkelen i fulltekst.

Minikurs

Helsebiblioteket har laget tolv minikurs om ressursene sine: Gå til www.helsebiblioteket.no, søk på «Tolv minikurs om ressurser innen psykisk helse» og på kort tid er du gjennom det grunnleggende. ■

Psykotereapeuter må mer om brukermedvi

Bør brukerne være førende i utformingen av sin egen behandling? Jeg vil svare ja. Brukermedvirkning gir bedre terapi, og bedre utnyttelse av ressurser. Det forutsetter imidlertid grundig opplæring av terapeuter, langt over dagens praksis.



Foto: Privat

Av Birgit Valla, psykologspesialist, Virksomhet Barn og Familie, Stange kommune

Og ofte, veldig ofte, virket det bra å skjære seg. Det virket selvfølgelig ikke alltid, men det var i alle fall mye mer effektivt enn å snakke, for det virket nesten aldri. Ordene mine var i det hele tatt veldig lite verdt på det tidspunktet, og etter hvert var det stort sett handlingen som stod igjen. I journalen kalles det for utagering og manipulering. (...) Jeg må innrømme at jeg er veldig lei av ordet, manipulering, og at jeg skulle ønske det kunne bli erstattet av et annet mye brukt og mye mer positivt ord, nemlig brukermedvirkning. For egentlig handler det om det samme, nemlig menneskers ønske om å påvirke og kontrollere sin livssituasjon og ha en reell innvirkning på eget liv og egen behandling. (Fra «I morgen var jeg alltid en løve» av Arnhild Lauveng, 2005)

Jeg kom til Hagen behandlingssenheter i Ringsaker som nyutdannet psykolog vinteren 2005. Det var min aller første jobb. Her ble jeg presentert for en annerledes måte å jobbe på: I stedet for at terapeuten var førende i å bestemme behandlingen, ble den kontinuerlig evaluert og dermed justert gjennom tilbakemeldinger fra barn og foreldre.

Sats på brukermedvirkning som faglig kompetanseområde. Dette er noe som må læres av den enkelte terapeut, ikke noe vi automatisk kan med utgangspunkt i vår grunnutdannelse.

I begynnelsen syntes jeg dette var en krevende måte å jobbe på. Jeg måtte utfordre meg selv til å prøve ut metoder jeg var mindre sikker på, og jeg tenkte: Kan jeg ikke bare bruke de metodene jeg har lært på studiet? I stedet måtte jeg tenke nytt i møte med hver familie.

Gjennom jobben på Hagen lærte jeg at klientenes tanker og ideer var like verdifulle som mine. De hadde ressurser, selv om det noen ganger kunne være vanskelig å få øye på dem. Jeg var opptatt av hva familiene mestret, hva som var deres sterke sider, og hvordan de selv kunne bli aktive agenter i sitt eget liv.

Etter at Hagen gikk over fra ekspertstyrt til klientstyrt behandling, økte antall behandlede barn med 300 prosent. Dette så vi da vi sammenlignet femårsperioden før omleggingen (1990–1994) med femårsperioden etter omleggingen (2000–2004). Og det hadde skjedd uten nyansettelser og økt ressursbruk. Det vi også så, var at gjennom kontinuerlige tilbakemeldinger fra brukerne kom vi raskere i gang med tiltak som virket. I tillegg så vi at når familiene var med på å bestemme tiltakene, ble disse ofte mindre omfattende (Huggins, Valla, Huggins & 2007).

Myndighetene i Norge legger stor vekt på at brukermedvirkning skal ligge til grunn for tjenestetilbudet innenfor psykisk helse. I 1999 kom stortingsproposisjon nummer 63, «Om opptrap-

lære rkning

BRUKERMEDVIRKNING

Prinsippet om brukermedvirkning betyr at tjenesteapparatet skal benytte brukerens erfaringskunnskap for å yte best mulig hjelp. Dette kan skje på ulike nivåer, og man snakker gjerne om individnivå, systemnivå og politisk nivå. Denne artikkelen tar for seg brukermedvirkning på individnivå. Det betyr at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige, noe som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv.

pingsplanen for psykisk helse 1999–2006». I 2006 ble den utvidet med to år. Opptappingsplanen skulle reformere psykiske helsetjenester både på spesialist- og kommunenivå og ble prosjektert til å koste 24 milliarder kroner. Et av opptappingsplanens hovedmål var å styrke brukerperspektivet og brukernes rettigheter. Evalueringer av opptappingsplanen viser at dette arbeidet ikke er godt nok ivarettatt. I rapporten «Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena» (Rådet for psykisk helse, 2008) hevdes det at brukerne ikke har reell medvirkning i store deler av landet, og at tilbudet som ytes, ofte er usammenhengende og oppstykket.

Politikere og brukere er opptatte av at brukermedvirkning skal få en naturlig plass innen psykisk helse. Fagfolk har også i den senere tid vist større interesse for området. Norsk Psykologforening sluttet seg i 2007 til Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, som sier følgende:

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.

Det sistnevnte punktet betyr at pasienten skal vurderes individuelt, og behandling tilpasses hen-



INN I UNDERVISNINGEN: Studenter som skal jobbe innen psykiatrien bør lære om brukermedvirkning.

nes forutsetninger og egenskaper. Hun skal dessuten ha reell medvirkning i hvorvidt behandling skal settes i gang, og hvordan behandlingen utformes. Brukermedvirkningsprinsippet står altså sterkt når det gjelder evidensbasert praksis (Holmén, 2009). Men til tross for gode intensjoner blant fagfolk ser det ut til at brukermedvirkning er vanskelig å omsette i praksis.

Rådet for psykisk helse har i rapporten «Utdanning til morgondagens praksis?» (2006) sett på videreutdanning i psykisk helsearbeid og spesialistutdanningen innenfor psykologi og psykiatri i

lys av føringene i Opptrappingsplanen. I rapporten skrives det at brukermidvirkning ikke er vanlig som eget konkret tema i den teoretiske undervisningen. Rapporten sier videre: For å skape en bedre praksis i psykiatrien og i psykisk helsearbeid generelt er det viktig at fagfolkene som har mest makt, har både kunnskap og vilje til å sette brukerperspektivet høyt i det praktiske arbeidet. I «Standarder for Norsk psykologeksamen», utarbeidet av Nasjonalt råd for psykologutdanningen (redigert 2001), er brukermidvirkning ikke nevnt. Profesjonsutdanningen i psykologi ved landets universiteter har følgelig ikke brukermidvirkning som et prioritert tema, og ingen av universitetene har litteratur omkring brukermidvirkning som obligatorisk pensum.

Prinsippet om brukermidvirkning betyr at tjenesteapparatet skal benytte brukerens erfaringskunnskap for å yte best mulig hjelp. Dette kan skje på ulike nivåer, og man snakker gjerne om individnivå, systemnivå og politisk nivå. Denne artikkelen tar for seg brukermidvirkning på individnivå. Det betyr at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige, noe som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

«Brukermidvirkning er en viktig ingrediens for vellykket behandling.»

Både nasjonalt og internasjonalt har det vært et sterkt fokus på brukermidvirkning. Offentlige dokumenter, bøker og artikler har blitt skrevet, og mange tjenesteytere har tatt brukermidvirkning med i sin strategiske planlegging (Borg, Karlsson & Kim, 2009). I tillegg er både empowerment og recovery beslektede og relevante begreper for brukermidvirkning. Empowerment handler om et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende subjekt, som kan og vil sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det (Askheim, 2007). Studier om bedringsprosesser (recovery) er et relativt nytt forskningsområde, og har sin opprinnelse i brukermiljøer. Kunnskap fra brukermiljøene har vært avgjørende for å få innsikt i personers egne aktive roller i det å mestre og leve med psykiske problemer, og få til et godt liv i sitt nærmiljø (Borg, 2009). Denne artikkelen

har imidlertid et annet fokus. Utgangspunktet er psykoterapiforskning som er gjort i de siste 50 årene, der brukermidvirkning som begrep ikke har blitt direkte studert. Ved å se nærmere på faktorene som skaper endring i terapi, fremstår likevel brukermidvirkning som et kritisk element for å oppnå gode resultater.

Benytt verktøy for å sikre kontinuerlig tilbakemelding fra klientene om hvordan de opplever behandlingen.

I løpet av artikkelen argumenterer jeg for at det finnes overbevisende evidens for at brukermidvirkning er en viktig ingrediens for vellykket behandling av mennesker med psykiske lidelser. Jeg ser også på noen av utfordringene fagfolk møter for at reell brukermidvirkning faktisk skal skje. Jeg vil vise til arbeidssteder der man har jobbet innenfor en brukerstyrt tilnærming, og hvilke resultater dette har gitt. Til slutt vil jeg gi noen anbefalinger om hva som kan gjøres for å oppnå reell brukermidvirkning i psykisk helsevern.

Brukermidvirkning som «best practice»

Hvilke faktorer forklarer endring i terapi? Forskingen på fellesfaktorer gir oss flere pekepinner på at brukermidvirkning kanskje er den ingrediensen som er mest virksom i terapi, og jeg vil vise hvordan dette henger sammen. Michael Lambert (1992) har forsøkt å tallfeste hvor stor prosentdel hver fellesfaktor er ansvarlig for i utfallet av terapi. Han hevdet at 40 % kan forklares ved klientrelaterte/utenomterapeutiske faktorer, 30 % til relasjonsfaktorer, 15 % til placebo, håp og forventninger og 15 % til metode eller teknikk. Senere har Bruce Wampolds (2001) metaanalyse attribuert 87 % av variansen i behandlingseffekt til utenomterapeutiske faktorer og bare 13 % til selve terapien.

De to av Lamberts fellesfaktorer som forklarer mest av resultatet i terapi, er også de som kan knyttes til brukermidvirkning, nemlig relasjonsfaktorer (heretter omtalt som den terapeutiske alliansen) og klientrelaterte/utenomterapeutiske faktorer. I tillegg har feedback som fellesfaktor fått mer oppmerksomhet i de siste årene. Denne faktoren innebærer tilbakemelding fra klienten om hans eller hennes opplevelse av behandlingen, og er essensiell i forhold til brukermidvirkning.



VIKTIG OPPLÆRING: Terapeuter må lære brukermedvirkning. Ledere ved helseforetak bør satse på engasjerte fagpersoner som ønsker å utdanne seg innenfor feltet.

Den terapeutiske allianse

Det er gjentatte ganger dokumentert at alliansen mellom terapeut og klient er et hovedelement i psykoterapi (Wampold, 2001; Lambert & Ogles, 2004; Duncan, Miller & Sparks, 2004). Jeg tar utgangspunkt i Bordins (1979, 1994) definisjon, som er rådende på tvers av metoder og terapeutiske tilnærminger. Bordin definerte tre komponenter som er med på å skape alliansen: enighet om terapiens mål, enighet om terapiens arbeidsoppgaver og det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient. Den terapeutiske alliansen er altså noe mer enn bare det emosjonelle forholdet mellom terapeut og klient, og inkluderer hva de gjør sammen og hvorfor de gjør det. Metaanalyser forteller oss at det er et moderat sterkt forhold mellom alliansen og utfall av terapi (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Videre har enkeltstudier vist at alliansen er en avgjørende faktor i psykoterapi (Connors & Carroll, 1997; Shelef, Diamond, Diamond & Liddle, 2005), og alliansen forklarer langt mer av variansen i utfall enn f.eks. spesifikke intervensjoner (Norcross, 2010; Wampold, 2001). Ved å vektlegge alle de tre komponentene i Bordins definisjon ser man at en kontinuerlig utvikling av alliansen utgjør hovedarbeidet i terapi. Metoder bør sees på som en del av alliansen, da dette er en viktig ingrediens (enighet om arbeidsoppgaver) for en god bedringsprosess. Metoder skaper

et rammeverk i terapien for å forstå hva det er vi skal gjøre sammen. Det ser imidlertid ikke ut til å være avgjørende hvilken metode man benytter seg av (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Wampold et al., 1997; Lambert & Ogles, 2004; Elkin et al., 1989; Project MATCH Group, 1997; Godley, Jones, Funk; Ives & Passetti, 2004; Miller, Wampold & Varhely, 2008), så lenge terapeuten og klienten er enige om metoden og har tro på at den kan føre til endring. Dette tyder på at det meste av metodens effekt kommer gjennom aktivisering av placebo, håp og forventninger hos klienten, og terapeutenes tiltro til behandlingen.

Etabler brukermedvirkning som fag ved alle utdanningene til de ulike profesjonene. I videreutdanningene bør brukermedvirkning også vektlegges.

Baldwin, Wampold og Imel (2007) har sett på hvor stor rolle henholdsvis klienten og terapeuten spiller for utviklingen av alliansen, som i neste omgang er viktig for utfallet av behandlingen. Deres funn viser at klienten og terapeuten ikke spiller en like stor rolle, da det ser ut til at det er ulikheter mellom terapeuter som forklarer sammenhengen mellom alliansen og utfall. Terapeuter som utviklet sterkere allianser med klientene sine, oppnådde bedre resultater enn terapeuter som ikke utviklet så sterke allianser. Videre så man at innenfor den enkelte

terapeuts klientmasse var det ingen sammenheng mellom styrken på alliansen og utfallet. Dette tyder på at ulikheter hos klientene ikke er så viktig for utvikling av alliansen for den enkelte terapeut, da terapeuter som er gode til å skape sterke allianser, gjør dette på tvers av egenskaper hos klienten. I situasjoner der terapeuter har vanskeligheter med å forme allianser, bør man dermed se på sitt eget bidrag til alliansen, og i mindre grad fokusere på karakteristikker ved klienten. Ifølge Baldwin et al. (2007) vil det å forklare svake allianser med motstand eller maladaptive tilknytningsstiler hos klienten være irrelevant i forhold til utfall av behandling. En videre konsekvens av dette er at terapeuter bør etterspørre klientens opplevelse av alliansen jevnlig. Hvis alliansen er svak over tid, bør terapeuten reflektere over sine egne handlinger og bidrag til dette, og søke råd/veiledning (eventuelt annen hjelp). Jevnlig innhenting av informasjon fra klienten om kvaliteten på alliansen vil dermed være en viktig målsetting i terapien, og en viktig del av utøvelsen av reell brukermidvirkning. Vi ser dermed at utforming av alliansen er tett knyttet til brukermidvirkning. Ifølge Bordins definisjon skal det være enighet mellom klient og terapeut

omkring innholdet i alliansen, og det er klientens vurdering av kvaliteten på innholdet som er viktig i forhold til utfall.

Klientfaktorer

Klientfaktorer eller utenomterapeutiske faktorer er deler av klientens liv som bidrar til bedring uavhengig av klientens formelle deltagelse i terapi. De består av klientens styrker, støttende elementer i omgivelsene og til og med uforutsette hendelser. De er hva klienten bringer med seg inn i terapirømmet og hva som påvirker livet deres utenfor det (Hubble, Duncan & Miller, 1999). Både Lambert (1992) og Wampold (2001) viser at klientfaktorer står for den største delen av den forklarte variansen i forhold til endring i et menneskets liv. Wampold estimerer denne faktoren til hele 87 %. Funn fra recoveryforskning viser at klientens egen innsats er noe av det grunnleggende i bedringsprosessen, i motsetning til effekt av behandlingen eller fagfolks intervensjoner og bidrag. Klientens livsverden og det levde liv er dermed et sentralt utgangspunkt i forståelsen av bedringsprosesser (Borg, 2009).

Et slikt perspektiv på hvordan endring skjer, sier noe om hvordan vi bør tenke at terapi skal



NY SITUASJON: Brukermedvirkning krever at terapeuten omstiller seg en del. Ved å gi klienten større kontroll og styring over behandlingen, gir fagpersonen fra seg posisjon og makt. Da må terapeuten tåle usikkerhet om hva som vil være best hjelp for den enkelte.

foregå. Innenfor mange terapitradisjoner har man vært opptatt av hvilke metoder og intervensjoner terapeuten bidrar med, og hvordan dette skaper bedring. I stedet bør klienten sitte i førersetet både i utformingen av hvordan man skal jobbe sammen fremover, og i utføringen av handlinger som vil skape endring i eget liv. Orlinsky, Rønnestad og Willutzki (2004) oppsummerer femti år med psykoterapiforskning slik:

Thus, the quality of the patient's participation in therapy appears to emerge as the most important determinant of outcome.

Å finne ut hva klientene tror ville være nyttig for dem, vil derfor være en avgjørende faktor for å oppnå bedring. Man vil da antagelig oppdage at klientene ikke tenker innenfor de samme rammene som fagfolk gjør. Fagfolk må dermed hjelpe klientene å oppnå endring på måter som tar utgangspunkt i klientens erfaringskunnskap og ikke nødvendigvis i terapeutenes fagkunnskap.

Feedback som fellesfaktor

Innenfor psykisk helse har det tradisjonelt vært vanlig at fagfolks vurderinger har dannet grunnlaget for problemforståelse, intervensjoner og planlegging av behandlingstilbudet. Det er imidlertid grunn til å spørre seg om dette er en god måte å organisere hjelpetilbudet på. Vi vet fra ulike studier at det er lite samsvar mellom terapeutenes og klientens vurdering av alliansen (Wampold, 2001). Terapeutenes vurdering av bedring i behandlingen er heller ikke pålitelig (Sapyta, Riemer & Bickman, 2005; Hannan et al., 2005), og stemmer ofte dårlig overens med klientens. Når det da er terapeutenes vurdering av både allianse og bedring som blir styrende for forløpet, kan dette ofte føre til forlenget og ineffektiv behandling. Vi trenger altså tilbakemeldinger fra klienten om hans eller hennes vurdering av alliansen, og om den hjelpen vi tilbyr, faktisk hjelper. Det er klientene som sitter på denne informasjonen, vi trenger dermed å sikre oss den på en systematisk og mest mulig pålitelig måte. Mange klinikere vil påstå at de spør klientene om hva de mener om behandlingen, men ved å gjøre det på en uformell, ikke strukturert måte får vi ikke den informasjonen vi trenger. Det vil da være vanskelig for terapeuter å lære av egen praksis (Sapyta, Riemer & Bickman, 2005).

Michael Lambert har i en årrekke forsket på

betoningen av å innhente systematisk feedback til terapeuter i behandlingssammenheng (Lambert et al., 2001; Whipple et al., 2003; Hawkins et al., 2004; Harmon et al. 2007). Resultatene viser at systematiske tilbakemeldinger (rapportert på et standardisert spørreskjema) fra klientene om utbytte av terapien bedrer resultatene. Samtidig kvalitets-sikres terapeutenes arbeid ved at tilbakemeldingene viser om klientene får den hjelpen de trenger for å oppleve bedring. Innehenting av tilbakemeldinger er spesielt godt egnet til å fange opp de terapiforløpene som er i risiko for å få negativt utfall.

For å sikre oss feedback fra klienten trenger vi verktøy som hjelper oss i denne prosessen. Det finnes ulike systemer for å gi terapeuter og klienter tilbakemeldinger om terapiprosessen. Et av de mest brukervennlige systemene er utviklet av Barry Duncan og Scott Miller, kalt Client-Directed, Outcome-Informed (CDOI) practice, på norsk oversatt til Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). KOR er en fremgangsmåte for å sikre seg systematisk tilbakemelding fra klientene om den terapeutiske prosessen og nytte av behandlingen. Fremgangsmåten kan brukes uansett teoretisk skoleretning, men det legges avgjørende vekt på klientens vurderinger av terapiforløpet når det tas valg omkring behandlingen. Kjernen i KOR er å verdsette klientens kunnskap og gjøre den retningsgivende for behandlingen. For en nærmere innføring i KOR anbefales «I fellesskap for endring» (Duncan & Sparks, 2008) og «Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i

«Tilbakemeldinger fra klienten om utbytte av terapien bedrer resultatene.»

psykisk helsearbeid» (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007). Det er foreløpig gjort to randomiserte studier ved bruk av KOR (Anker, Duncan & Sparks, 2009 og Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009). Anker et al. (2009) har sett på effekten ved å gi både klient og terapeut systematisk tilbakemelding om klientens vurdering av fremgang i behandlingen og alliansen i parterapi. Resultatene viste at parene i feedbackgruppen fikk signifikant større bedring enn de i TAU-gruppen (treatment as usual) ved slutten av behandlingen, oppnådde nesten fire ganger så mye klinisk signifikant endring, og fikk

bedre resultater seks måneder etter endt behandling. Feedbackgruppen oppnådde også signifikant færre tilfeller av separasjon og skilsmisser. Reese et al. (2009) sin studie ble gjort uavhengig av gruppen som utviklet KOR-praksisen, og viste at feedbackgruppen oppnådde signifikant mer endring enn TAU-gruppen, og med bruk av færre timer.

Når man så har innhentet tilbakemeldinger fra klienten, er neste steg å handle ut fra denne og dermed bidra til reell brukermedvirkning. For at KOR eller andre tilbakemeldingssystemer skal ha relevans for brukermedvirkning, må terapeuten være åpen for negative tilbakemeldinger og rette seg etter disse. Det må etableres en «feedbackkul-

«Klientens stemme i terapi er essensiell.»

tur» (Higgins et al., 2007), der klientene opplever at deres meninger og vurderinger har like stor betydning som terapeuten. Terapeutens fleksibilitet kan være avgjørende for om terapeut og klient kommer til enighet omkring behandlingens mål og arbeidsoppgaver (jf. Bordin, 1979 og den terapeutiske allianse). I artikkelen «Supershrinks – what’s the secret to their success?» hevdes det at de beste terapeutene er de som bevisst ønsker å forbedre sine prestasjoner basert på tilbakemeldinger fra klienten (Miller, Hubble & Duncan, 2007). Dette viser oss at klientens stemme i terapi er essensiell, og den bør bli retningsgivende for utvikling av både mål og arbeidsmetoder i terapiforløpet. Slik kan vi utnytte og bygge vår fagkunnskap på en mer hensiktsmessig måte.

Hindringer på veien

Intervjuer: Hvor mye snakket dere om hvordan det skulle være, på den ene måten, eller på andre måter?

Klient: Vi snakket ikke så mye om det, for jeg tror det var en sånn greie som var lagt opp fra før av. Før vi kom på det første møtet, så tror jeg det allerede var bestemt hvordan de skulle gjøre det.

Ingerid Aamodt, 2005

Aamodt (2004, 2005, 2007) er interessert i å finne ut hvilken struktur som omgir våre møter med klienter. Inn i hvilket felt er det vi ønsker at brukermedvirkning skal skje, og hva kjennetegner

dette feltet? Aamodt har sett spesielt på barne- og ungdomspsykiatrien, der hun har intervjuet mødre som har hatt kontakt med både barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Innenfor dette feltet hevder Aamodt at det er de fagutdannede og den vitenskapsbasert kunnskapen som råder. Denne type kunnskap er mer gyldig enn den erfaringen mødre selv har. Mødrenes kunnskap er av et annet slag, og klienten lukkes ute som kompetent i spørsmålet om hva som er tjenlig for henne og barnet hennes.

Tor-Johan Ekeland (1999) viser i sin artikkel hvordan det moderne vitenskapssynet dominerer psykiatrien gjennom utvikling av evidensbasert behandling. Ifølge dette synet skal vitenskapen konstruere hvilken praksis som skal gjelde. Det naturvitenskapelige kunnskapssynet utgjør det sentrale meningsaspektet i psykisk helsevern, og det er dette feltet mange av oss arbeider innenfor. Ifølge Aamodts analyser forholder klientene våre seg til den strukturen som omgir dem, og handler ut fra hva som forventes av dem. De hører på det som fagfolkene har bestemt, ikke nødvendigvis fordi de er overbevist om at det er bedre eller klokere enn det de selv har tenkt, men fordi de vil gjøre det som er riktig innenfor den strukturen de nå er en del av (Aamodt, 2005). Borg, Karlsson og Kim (2009) utdyper dette ved å peke på hvem som har makt til å definere hva som er «sann kunnskap», som en utfordring for å oppnå brukermidvirkning i psykisk helsevern. «Sann kunnskap» er typisk assosiert med å ha spesialistkunnskap, og dette gjør at fagfolkene får all makt og kontroll. I sin artikkel «Tid for endring i kunnskap, makt og kultur» skriver Sunniva Ørstadvik (2008) at en av de mest problematiske sidene ved det psykiske helsevesenet er et ensidig kunnskapssyn basert på det naturvitenskapelige perspektivet. Det har lang tradisjon, høy status og «eies» av fagpersonell med stor makt og myndighet. Det vil følgelig være vanskelig å oppnå reell brukermidvirkning, fordi brukerens vurderinger vil telle minst da de ikke er «objektive», eller de passer ikke inn i det naturvitenskapelige kunnskapssynet.

Maktforholdet i terapi

Ørstadvik (2008) skriver videre at makt har nær sammenheng med kunnskap og kultur.

Den viktigste årsaken til at brukermidvirkning bare har begrenset gjennomslag i psykisk helsefeltet, tror

jeg er knyttet til makt og mangel på tydeliggjøring av maktens gjennomslag og begrensninger for handling. Makt er en statisk størrelse. Det betyr at makten ikke kan økes, den kan bare fordeles annerledes. Det snakkes om å gi brukere og pårørende økt innflytelse, men ikke om hvem som skal få mindre innflytelse som en følge av det.

Tør fagfolk i psykisk helsevern å gi opp noe av makten og basere hjelpen de yter, på klientens kunnskap? Tør vi tro på det pasienten sier? Rolf Sundet (2006) behandler dette temaet og mener at å tørre å tro bare er startstedet. Terapeut–klientforholdet er meget hierarkisk i den forstand at den ene parten er mer betydningsfull enn den andre. Man må se relasjonen i et maktperspektiv. For å reversere dette hierarkiet må klienten bringes frem på bekostning av den andre. Terapeuten må tåle å komme litt i bakgrunnen, mens klientens egen beretning om sine problemer skal gis forrang. Ved å gi klientene større kontroll og styring over behandlingen gir fagfolk fra seg posisjon og makt. Det kan være skremmende, fordi man da må tåle usikkerhet om hva som vil være best hjelp for den enkelte. Dette er ikke noe fagfolk kan komme frem til, verken ved hjelp av diagnoser eller forskningsbaserte vurderinger. Man må være sikre i sin usikkerhet, slik at håp opprettholdes hos klientene, samtidig som fagfolk er ydmyke over at de ikke har alle svarene. Brukeren må bli en likeverdig part i utforskningen av hva som vil være den beste hjelpen.

Brukermedvirkning bedrer produktivitet og effektivitet – vist i praksis

Over hele verden tar nå flere og flere behandlingsenheter og tjenesteytere innenfor mental helse i bruk perspektiver fra Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i sin behandling. Dette gir oss innblikk i virkningen av en tilnærming som kan gi reell og systematisk brukermedvirkning. Det er imidlertid viktig å presisere at kun distribuering av tilbakemeldingsverktøy ikke nødvendigvis bidrar til brukermedvirkning. Det

er hvordan vi som tjenesteytere forholder oss til de tilbakemeldingene vi får, som gjør at vi oppnår reell brukermedvirkning.

I boken *The Heart and Soul of Change. Delivering what works* (2. utg) (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010) blir følgende data fra en rekke enheter der man har implementert KOR, lagt frem:

Ved The Center of Family Services i Palm Beach, Florida ble gjennomsnittlig antall timer redusert med 40 %. Avbestillinger og ikke-møtt ble redusert med henholdsvis 40 og 25 %. Og langtidspasienter uten bedring minket med 80 % (fra 10 % av alle klientene til 2 %). På et år sparte senteret nesten en halv million dollar, penger som ble brukt på flere stillinger og til å tilby flere tjenester. Community Health & Counseling Services, Bangor i Maine (USA) opplevde også en dramatisk økning av effektivitet overfor klienter med alvorlige psykiske lidelser. Over en tre års periode ble ikke-møtt og avbestillinger redusert med 30 %, mens gjennomsnittlig behandlingstid minket med 59 %. Behovet for langvarig støtte enten i form av innleggelse eller case management minket henholdsvis 50 og 72 %. Samtidig var det en forbedring i brukertilfredshet med tjenestene. Ved The Center for Alcohol and Drug Treatment (CADT) i Minnesota tilbys det tjenester til over 6000 nye klienter i ulike programmer hvert år. Sammenlignet med andre

lignende tjenesteytere i Minnesota var fullførte behandlinger 15 % høyere hos CADT, mens behandlingstid for innlagte pasienter og intensivt polikliniske pasienter var 20 % og 43 % lavere. Resultatene har også forbedret seg (Bohanske & Franczak, 2010).

Også ved andre enheter der brukermed-



PENSUM: Brukermedvirkning bør bli en del av pensum ved norske læresteder.

virkning blir vektlagt, ser man positive resultater.

Ved en sengepost ved Jæren DPS ble det innført brukerstyrte kriseinnleggelse for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Innleggelsesfrekvensen økte, men samlet innleggelsestid falt med 33 %. Samlet tid for tvangsinnleggelse ble om lag halvert. Økt tilgjengelighet ga et lavere sengeforbruk (Heskestad & Tytlandsvik, 2008).

Det er imidlertid viktig å fremheve at en satsing på brukermidvirkning krever forankring i ledelsen og en klar visjon om hva man ønsker å oppnå på den enkelte enhet. Høy grad av brukermidvirkning vil innebære både kulturendringer og strukturelle endringer. Deler av rammebetingelsene innenfor psykisk helsevern kan virke direkte imot brukermidvirkning, for eksempel måten man registrerer tiltak på, og bruk av takster. Telling av tiltak er viktig; noen tiltak gir høyere inntekter enn andre. Hvorvidt tiltakene hjelper, etterspørres ikke i registreringssystemene. Dette gjelder spesielt spesialisthelsetjenesten, men også kommunene har utfordringer her. Høy grad av brukermidvirkning vil også utfordre fagfolks ekspertstatus, og åpne for nye måter å tenke på. Å organisere tjenestene våre fra brukerens ståsted innebærer en radikal end-

«Sats på brukermidvirkning som faglig kompetanseområde.»

ring i tjenestetilbudet, der lite er hellig og det kan settes spørsmålsteget ved mye av etablert praksis. Når tjenesteytere innser dette, er man langt på vei klar for en endring mot reell brukermidvirkning.

Kan vi starte på nytt i psykisk helsevern?

Brukermidvirkning har kommet for å bli. Det er klientenes lovfestede rett, som vi fagfolk er nødt til å forholde oss til. Hvordan vi forholder oss til brukermidvirkning, kan være avgjørende for hvor lenge pasienten blir værende i behandling og når endring skjer. I denne artikkelen har jeg vist til forskning på fellesfaktorer og feedback som støtter at brukerens midvirkning i psykoterapi er en viktig ingrediens for et positivt behandlingsresultat. Ved å la klienten være styrende i sin behandling vil vi komme raskere i gang med den type behandling som pasienten tror på, og som følgelig vil være mest effektiv. Det fremmer også en god terapeutisk alli-

anse ved at klienten opplever seg hørt og tatt på alvor. For å være sikre på at dette faktisk skjer, må terapeuten skaffe seg kontinuerlig feedback om hvordan klienten vurderer relasjonen og hvordan klienten vurderer effekten av behandling.

Jeg mener følgende fem tiltak vil bidra til å oppnå reell brukermidvirkning i psykisk helsevern:

- Sats på brukermidvirkning som faglig kompetanseområde. Anerkjenn nødvendigheten av at dette er noe som må læres av den enkelte terapeut, ikke noe vi automatisk kan med utgangspunkt i vår grunnutdanning. Ledere ved helseforetak, avdelinger og enheter bør satse på engasjerte fagpersoner som ønsker å utdanne seg innenfor dette feltet. En slik satsing må forankres i ledelsen for at den skal få gjennomslag.
- Etabler brukermidvirkning som fag ved alle utdanningene til de ulike profesjonene. I videreutdanningene bør brukermidvirkning også vektlegges.
- Jobb for å lage systemer som gir klientenes kunnskap og vurderinger likeverdighet. Dette gjelder for eksempel journalsystemer, regler om refusjonsrett og organisering av hjelpetilbudet.
- Benytt verktøy for å sikre kontinuerlig tilbakemelding fra klientene om hvordan de opplever behandlingen.
- Ledende fagmiljøer innenfor psykisk helse bør jobbe for å utvide psykoterapibegrepet. Uttalelser fra brukerrepresentanter viser at mennesker med psykiske vansker ønsker mer fleksibel hjelp enn terapeuter tradisjonelt har tilbudt.

Konklusjon

50 år med psykoterapiforskning viser at brukermidvirkning er et avgjørende element for vellykket behandling av psykiske lidelser. Fagmiljøene innenfor psykisk helse har i de siste årene vist større interesse for dette området, men man ser at det har fått begrenset gjennomslag i praksisfeltet. Det bør derfor satses mer målrettet på brukermidvirkning i utdanningsinstitusjonene og på arbeidsstedene, slik at brukermidvirkning får en naturlig plass i utdanningen og opplæringen av psykisk helse-arbeidere, psykologer og psykiatere.

Artikkelen er tidligere publisert i Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Fullstendig referanseliste finner du på www.psykologtidsskriftet.no ■

Viktig at regler om tvang er lett å forstå

1. januar i år trådte den nye samleforskriften for psykisk helsevern i kraft. Forskriften skal gjøre det lettere å finne fram til og forstå regler om bruk av tvang. Helse- og omsorgsministeren mener at dette er viktig for pasientenes rettssikkerhet.

Tekst Johan Alvik Foto Torgeir Haugaard, Forsvarets mediesenter

Den nye samleforskriften samler elleve tidligere forskrifter for å gjøre regelverket enklere tilgjengelig.

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sier følgende om den nye samleforskriften i en pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet.

– Mange av bestemmelsene regulerer bruk av tvang. Tvangsbruk er et svært alvorlig inngrep i enkeltmenneskers liv og selvbestemmelsesrett. Det er derfor viktig at regler som skal sikre pasientenes rettssikkerhet, er lett å finne frem til og forstå, sier Strøm-Erichsen.

Innholdet i de tidligere forskriftene er i stor grad videreført i den nye samleforskriften. Det er likevel gjort noen viktige endringer, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet:

- For det første presiseres det hvilket hensyn som skal begrunne midlertidig godkjenning av institusjoner med ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Presiseringen gjelder i tilfeller der institusjonen ikke oppfyller de nærmere angitte vilkårene i forskriften. Etter tidligere bestemmelse kunne Helsedirektoratet gi midlertidig godkjenning når «særlige hensyn» tilsier det. Etter ny bestemmelse kan midlertidig godkjenning bare gis «dersom det er nødven-

dig for å ivareta et forsvarlig tilbud til pasientene». Se § 2 tredje ledd.

- Den andre presiseringen gjelder fristen for når institusjonen må sende begjæring til kontrollkommisjonen om samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern utover ett år. Fristen er endret fra tre til fire uker for det tvungne vernet opphører. Se § 14. Endringen er begrunnet i behovet for økt saksbehandlingstid for kontrollkommisjonene, og innebærer at institusjonene må være tidligere ute med å sende slik begjæring. Tvungent psykisk helsevern opphører automatisk etter ett år hvis ikke samtykke til forlengelse blir gitt.
- For det tredje skal den faglig ansvarlige på eget initiativ gi en skriftlig redegjørelse til kontrollkommisjonen i alle klagesaker, etter psykisk helsevernloven kapittel 3, og ved klage på overføringsvedtak. Se § 52.
- Endringene trådte i kraft fra 1. januar 2012.

Helsedirektoratet vil utarbeide et rundskriv med nærmere veiledning om hvordan det samlede regelverket for det psykiske helsevernet skal forstås.

Kilde: Pressemelding om ny samleforskrift for psykisk helsevern fra Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. ■



FORBEDRING: Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen mener det er viktig at regler som skal sikre pasienters rettssikkerhet er lett å finne frem til og forstå.

Nytt, stort stipend til Marie Lysnes minne:

– Kvalitetssykepleie



DRIFTIG KVINNE: Marie Lysnes hadde et sterkt engasjement for sykepleie. Hun var blant annet rektor ved Statens spesialskole i psykiatrisk sykepleie og skrev lærebøker i faget.

– Marie Lysnes var en foregangskvinne. Moderne psykiatrisk sykepleie fantes ikke i Norge før hennes tid, sier medlem i Marie Kristofa Lysnes stiftelse, Kjell-Henrik Hendrichs. I år vil en heldig sykepleier få 75 000 kroner av stiftelsen.

Tekst Johan Alvik

Foto Arkivfoto Sykepleien/Anne Sidsel Herdlevær og Kjell Arne Bakke

Marie Lysnes ble født i Tromsø i 1906. Hun var sykepleier, rektor og lærebokforfatter. Hun døde i 2004, og etterlot seg en stiftelse som i dag forvalter en arv på rundt en og en halv million kroner. I år deler stiftelsen for første gang ut et stipend.

– Formålet er at stipendet skal sette mottakeren i stand til å gjennomføre et prosjekt det ellers ville vært vanskelig å få til. Vi tror at det finnes en rekke kreative og nytenkende sykepleiere med kanskje utradisjonelle prosjekter. Det er helt i Marie Lysnes' ånd ikke å gå den opptrukne allfarvei, sier medlem i stiftelsen Kjell-Henrik Hendrichs.

var hennes pasjon

En engasjert kvinne

Hendrichs minnes Lysnes som en engasjert og driftig sykepleier, som har hatt mye å si for moderen psykiatrisk sykepleie. Han var også en god venn av henne.

– Jeg kjente Marie bedre enn de fleste. Selv om det var 35 års aldersforskjell, utviklet vi et meget nært vennskap, sier Hendrichs.

– *Hvordan vil du beskrive Marie Lysnes?*

– Marie var en personlighet i ordets beste mening. Livet hadde ikke alltid fart lett med henne, noe som bygget henne opp. Med en usvikelig rettferdighetssans, et brennende engasjement og livsappetitt, og betydelige intellektuelle evner gikk hun løs på det hun oppfattet som sine oppgaver i livet. Jeg har mange ganger lurt på hva hun kunne ha drevet det til hvis hun hadde valgt litt mindre kronglete livsveier. Hun hadde både en uvanlig god språkfølelse og en fargerik penn. Jeg har ofte formulert henne i setningen: «Marie er sine venners venn og sine fienders fiende!» Du var aldri i tvil om hvor du hadde Marie.

– *Hvordan var hun som fagperson?*

– Hun hadde en klokkeetro på begrepet kvalitet. Først arbeidet hun i somatikken og holdt også der sin faglige fane høyt. Så ble hun krigsflyktning i Sverige. Og hun kom hjem til Norge gjennom styrkene som gikk inn i Finnmark etter at tyskerne hadde trukket seg tilbake. Hun var med i første linje.



FORVALTER PENGENE: Kjell-Henrik Hendrichs skal være med og avgjøre hvem som får stipendiet. Foto: Privat.

Det sier vel litt om henne at hun uten å mukke delte et 16-mannstelt på Finnmarksvidda med 15 andre soldater. Det var neppe andre alternativer innomhus.

Viktig for faget

Kjell-Henrik Hendrichs mener at Marie Lysnes har hatt stor betydning for psykiatrisk sykepleie i Norge.

– Hun må vel sies å ha

skapt den moderne betydning av begrepet. Med et snev historisk innsikt vet vi at noen egentlig faglig psykiatrisk sykepleie ikke fantes før hennes tid. Hun var den første som reiste verden rundt for å samle kunnskap, innsikt og inspirasjon. Hun var den som fikk fravristet de psykiatriske sykehus «deres» spesialskoler. Den frittstående skolen på Statens Utdanningscenter for helsepersonell var så nær det man kan kalle en universitetsmodell, som det den gang var mulig å komme. Det var studiets kvalitet og studentenes behov som skulle prege så vel teori som praksis. Tidligere hadde skolene vært et appendiks til sykehusdriften og studentenes praksis i betydelig grad dirigert ut fra sykehusenes behov, sier Hendrichs.

Hendrichs forteller at Lysnes var aktivt med i samfunnsdebatten.

– Hun hadde visjoner som ble latterliggjort, ikke minst av konkurrerende fagfeller. I dag tar man mange av disse visjonene som en selvfølge. Hun fulgte jo med i faget som ingen annen. I en av

MARIE LYSNES

■ Marie Lysnes (1906-2004), født i Tromsø hvor hun også tok sykepleierutdannelse i perioden 1930-1933. Hun arbeidet en tid som kommunesykepleier i Flakstad i Lofoten, før hun fikk jobb ved Strinda sykehus i Trondheim. I 1939 dro hun til Oslo og startet videreutdannelse ved Norges Sykepleierhøgskole. Da Norge ble okkupert, valgte hun å avslutte utdannelsen og dro tilbake til Trondheim.

■ Marie Lysnes dro til Sverige i 1942 og tjenestegjorde som sykepleier i de norske militære politistyrkene. I februar 1945 ble hun sendt til Nord-Sverige for å slutte seg til Fs II, og den 14. april 1945 ble mannskapene sendt inn i Finnmark og feltsykehuset etablert i Kautokeino. Hun var i militæret til 1946 for deretter å gå inn i sivilt arbeid som sykepleier i Østfold. Senere ble hun sterkt engasjert i psykiatrisk sykepleie, og etter flere år med videreutdannelse og praksis ble hun rektor ved Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie i 1957. I mangel på lærebøker i faget skrev hun «Behandlere – voktere?», utgitt i 1982.

■ Gjennom sin lange karriere kjempet hun en innbitt kamp for pasientene, faget og sykepleierne. Hun har mottatt nasjonale og internasjonale utmerkelser for sitt virke, og i 1977 mottok hun Florence Nightingale-medaljen fra Det Internasjonale Røde Kors. Denne utmerkelsen deles ut annethvert år i maksimalt 50 eksemplarer til sykepleiere over hele verden. Hun arbeidet videre for sykepleien også etter å ha trådt inn i pensjonistenes rekker, blant annet arbeidet hun med en bok som skulle bære tittelen «Fremad marsj, Marie!».

Kilde: Arkiverket

«Hun hadde en usvikelig rettferdighetssans, et brennende engasjement og livsappetitt.»

sine tidligere leiligheter hadde hun en dobbeltseng. I den ene lå Marie. Den andre var full av nye fagbøker og annen relevant litteratur over et bredt felt. Jeg kjenner ingen annen sykepleier som tilnærmedesvis har skrevet så mange faglige kronikker i dagspressen.

– *Hva vil du si er det viktigste hun har utrettet?*

– Nesten umulig å svare på. Men det gir et gigantisk inntrykk av hennes kraft og engasjement at hun etter at hun ble pensjonert rektor, på oppfordring reiste til Island og opprettet og underviste i en ny skole i psykiatrisk sykepleie. Og det var etter at hun var blitt belemet med en rekke helseplager.

– *Hvilke råd tror du hun ville gitt til dagens psykiatriske sykepleiere?*

– Hun ble aldri trett av å formane om etisk standard, humanistisk empati og menneskekjærlighet. I våre mange samtaler kom vi ofte tilbake til N.F.S. Grundtvigs diktstrofe. «Lys uten varme er helvedes kval!» Det betyr at dersom du ikke er en filantrop, hjelper det lite om du har all verdens faglig dyktighet. Det blir fortsatt en kald hånd og et kaldt hjerte. Og dette er ikke ment som sentimental sirup.

Opprettet stiftelse

Marie Lysnes ville at alt av verdier som ble igjen etter henne skulle gå til en stiftelse, ifølge Hendrichs.

Han gir følgende forklaring på hvorfor stiftelsen ble opprettet:

– Marie var ikke entydig begeistret for utviklingen av sykepleierfunksjonen og sykepleierutdanningen. Stiftelsen skulle brukes til å stimulere en utvikling med akademisk kvalitet tuftet på

klinisk kunnskap. Begrepet klinisk forskning lå nok hennes hjerte nær. Teori er bra nok, men den har en fare for å sprike med begge bein i løse lufta. Sykepleieteori godt plantet i klinisk forskning var noe hun hadde sans for. Da blir faget et byggverk som står seg, sier Hendrichs.

Marie Lysnes døde i 2004. Hendrichs sier at det har tatt tid å gjøre opp boet, og at det er forklaringen på hvorfor det først nå lyses ut stipend. Grunnkapitalen i stiftelsen er i dag på om lag 1,5 millioner kroner.

Skal gi økt kunnskap

Stipendet skal gå til bare ett prosjekt.

– Intensjonen er å dele ut ett stipend hvert år. Vi mener det er bedre med ett stipend av en viss størrelse enn en rekke småstipender, sier Hendrichs.

– *Må den som får stipendet forplikte seg til noe?*

– Stipendet skal gå til et prosjekt som understøtter stiftelsens intensjon. Og hele poenget er jo kunnskapsøkning. Det betyr at det må bli avlagt en rapport som bør få betydning for ny sykepleie kunnskap eller underbygge eller betvile tidligere kunnskap. Nå er det så mange innfallsvinkler til slike prosjekter at vi har ikke villet sette opp for mange formelle krav ved utlysningen av det første stipendet.

– *Krav til hvordan pengene skal brukes?*

– Vi tror på kreative prosjekter. Det eneste pengene ikke skal gå til er sparegrisen. Ellers vil en søknad med et budsjett måtte ta karakter av prosjektets egenart. I noen tilfelle vil kanskje alle midlene gå til dekning av tapt arbeidsfortjeneste, mens det i



OPPRETTET STIFTELSE: Marie Lysnes ville at hennes penger skulle komme sykepleierfaget til gode i form av et stipend. Stiftelsen i hennes navn forvalter nå rundt 1,5 millioner kroner, og i år deles stipendet ut for første gang.

andre tilfelle vil inneholde en betydelig reisekomponent.

– *Hvorfor er det viktig å føre Marie Lysnes ånd og arbeid videre?*

– Marie var en veibryter og en veiviser. Kvalitetssykepleie var hennes livs pasjon. Vi kunne være så enige som fløte og så uenige at det sprutet gnistrer. Men hun vek aldri en tomme fra det hun mente var rett og det hun trodde på. De som ikke var like engasjert som hun var og kanskje et hakk mer pragmatiske, synes nok Marie fra tid til annen ble for voldsom og plag-som. Men det er jo disse merkelige enerne som setter spor etter seg. Det er de som peker ut veien og holder oss oppe. Uten personer som Marie Lysnes forfaller vi vanlige mennesker til vårt litt dorske kjøpmannskap. Stipendet skal bidra til å være en inspirasjon og tankevekker. ■



Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse

utlyser et stipend på kr. 75 000

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

Marie Lysnes arbeidet gjennom et langt liv for å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og sykepleie innen det psykiske helsefeltet. Stipendtildelingen har til hensikt å videreføre denne innsatsen i en aktuell og fremtidsrettet form.

Stipendet deles ut i mai 2012.

Søknad med prosjektbeskrivelse til Olav Bremnes innen 1. april 2012 på e-post: olav@ntebb.no





Mye vold – men trygg på jobb

Slag mot hode, spark og spytting: 3337 voldsepisoder og tilløp til vold er registrert på Brøset i Trondheim siden 2005. Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Klikk-klikk. Dører låses opp. Dører låses igjen. Rasling fra nøkkelknipper er eneste lyd i de lange, hvite korridorene som binder de gamle bygningene på Brøset, tidligere Reitgjerdet, sammen denne tirsdag ettermiddagen.

Nøkler, nøkkelkort, walkie-talkie og voldsalarm er standard jobbutstyr her. For om det er rolig nå, kan situasjonen raskt snu. Det har mange av de ansatte fått erfare på kroppen – gjennom slag, spark, kloring og skalling. Det er ikke risikofritt å jobbe med pasientene som er regnet som landets farligste.

Fem pleiere per pasient

Brøset er den første av de tre regionale sikkerhetsavdelingene vi har i Norge, og har rundt 24 innleggelses hvert år.

Pleieforholdet på Brøset er 5:1, altså fem pleiere per pasient. Sikkerhetspostene på Brøset består av to regionale og en fylkesdekkende sikkerhetspost. Det er også en egen enhet for ergoterapi.

Til sammen jobber det 13 sykepleiere og 21 psykiatriske sykepleiere på de tre sengepostene. Her er pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som er for farlige eller ressurskrevende for det ordinære helse- og fengselsvesenet. Flere av pasientene er overført fra fengsel etter å ha blitt psykotiske og utagerende der. Andre har begått drap eller har utført grove voldshandlinger, og blitt dømt til tvunget psykisk helsevern. Noen er gjengangere, de har vært innlagt tidligere, blitt bedre, men kommer så tilbake når sykdomsbildet forverrer seg.

Slag, spark, trusler

Voldsstatistikken på Brøset preges av hvem som til enhver tid er pasienter: I 2005 var det for eksempel én pasient som sto for rundt 1400 skademeldinger.

– Det samme gjelder for 2010 og i år, her er det én pasient som drar opp tallet, sier psykiatrisk sykepleier Erik Kroppan. Han jobber som systemrådgiver og koordinerer sikkerhetsgruppene på Brøset. Han har samlet inn statistikk over alle voldsepisoder og tilløp til vold siden 2005. 3337 er tallet oppe i nå.

– Det høres mye ut?

– Ja, det høres mye ut. Når vi ser på tallene for hvert år, er det enkeltpasienter som drar opp statistikken. Vi har rutine på at hver ansatt skal registrere alt av faktisk vold, trusler og tilløp til vold. Dette kan omfatte slag, spark, verbale trusler,



PÅ VAKT: Over 3000 rapporter om vold eller tilløp til vold mot ansatte er meldt inn på Brøset fra 2005 til 2011. Likevel, sykepleier Stig Emil Johansen (til høyre) og hjelpepleier Frank Løkken Skaanes, er ikke redde for å gå på jobb.

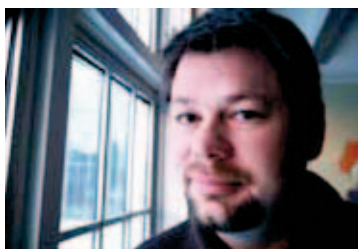
spytting og så videre. En hendelse kan utløse flere skademeldinger, siden flere personer kan være involvert, sier han.

Når voldsepisodene eller tilløpene til vold oppstår, registreres det på et skademeldingsskjema. På dette skjemaet spesifiseres antatt utløsende årsak, utageringsmåte, konsekvens for den utsatte og skadeomfang, og alvorlighetsgrad. En skademelding kan inneholde flere utageringsmåter – for eksempel slag, spark og spytting.

Kroppen har også ført statistikk over beltelegging eller transportbelter på utagerende pasienter. De årene det er mange skademeldinger, er det mange beltelegginger.

– Kollegialt samhold

En studie utført ved Brøset viser at



FORSKER: Sykepleier og forsker Christian Lauvrud ved Breivik kompetansesenter har sett på hva som gjør at ansatte trives på jobb tross trusler og vold.

de ansatte trives, til tross for tøffe arbeidsforhold med høy forekomst av vold og trusler.

100 sykepleiere ved Brøset ble spurt om symptomer som kan tyde på posttraumatisk stress. De samme ble også spurt om yrkeslivskvalitet, etter et såkalt ProQoL-skjema, hvor de skulle

krysse av for symptomer som kunne indikere for eksempel utbrenthet. Disse svarene ble så sett i sammenheng, og det viste seg at forekomsten av symptomer på utbrenthet og posttraumatisk stress var lavere enn hva internasjonale studier fra psykiatriske avdelinger viser.

– Vi tror at mange ansatte per pasient og systematisk jobbing med å forebygge at voldsepisoder oppstår, er viktige faktorer for å forhindre utbrenthet og posttraumatisk stress. Aksept fra ledelsen om hva de ansatte står i, kollegialt samhold og rask linje til for eksempel psykologhjelp, er også viktig.

Det sier Christian Lauvrud, forskningskoordinator og psykiatrisk sykepleier ved Brøset kompetansesenter. Sammen med psykologspesialist Kåre Nonstad og psykiater og veileder Tom

Palmstierna ved Karolinska Institutet, er det han som har stått for studien.

– Ikke redd

Denne tirsdagen har sikkerhetsgruppa nettopp hatt møte. De samles en gang i måneden for å ta opp alt som handler om sikkerhet på Brøset. Det kan være en lås som må skiftes, en list som har løsnet, eller en pasient-/pleier-relasjon som har blitt vanskelig, og som potensielt kan utløse en farlig situasjon. Skaderapportene blir gjennomgått, og det brytes ned til når på døgnet situasjonene oppsto, hvem som var på jobb, for å få et totalbilde av risikoen.

– Vi må se på hva som var rundt hendelsen, sier psykiatrisk sykepleier Stig Emil Johansen. Han har jobbet på postene på sikkerhetsavdelingen i 10 år, og er med i sikkerhetsgruppa.

Han sier de jobber for å oppnå relasjoner, framfor å ha en klar «vokter»-rolle overfor pasientene.

– Vi streber etter å ha en likeverdig måte å snakke med pasientene på, ikke ovenfra og ned.

Policyen er at den ansatte som først oppnår en god relasjon til en pasient, er den som skal jobbe aller tettest på.

«Vi jobber mye med å lese situasjonene, for å unngå at det smeller».

Stig Emil Johansen, psykiatrisk sykepleier

Det rokkeres gjerne på vaktlistene for å få til dette.

– Relasjoner er vårt viktigste arbeidsredskap, sier han.

– Vi er alltid tre sammen, ingen er alene med en pasient. Vi går alltid med sikkerhetsalarm og walkie-talkie, slik at vi raskt kan mobilisere fra andre avdelinger ved behov, sier Johansen.

– Er du redd på jobb?

– Nei, jeg er ikke det. Der et veldig godt og støttende arbeidsmiljø her. Vi jobber mye med å lese situasjonene, for å unngå at det smeller. Har det



MORSROLLE: Eli Fjærstad Ellemyr (t.h.) og Else Nyheim har jobbet henholdsvis 20 og 13 år på Brøset. De mener sikkerheten til de ansatte er godt ivarettatt. At de er kvinner, mener de forebygger en del voldsepisoder – mange pasienter har det «innebygget» at de ikke slår kvinner. – Vi får en slags morsrolle for enkelte, sier de.

vært en voldsepisode, snakker vi alltid gjennom det som skjedde, rapporterer videre til ledelsen, og om nødvendig er det tilbud om legesjekk og psykologhjelp her på huset, sier Stig Emil Johansen.

Sikkerhetsgruppa arrangerer også

praktiske øvelser. Disse øvelsene skjer i gymsalen, med gymtøy på.

– Der simulerer vi situasjoner som har vært eller kan tenkes å oppstå. Det er viktig å holde kunnskapene ved like, slik at man ikke blir overrasket, sier Stig Emil Johansen.

– Kvinner forebygger vold

Denne desembertirsdagen er det enkelte ledige plasser på noen av postene, men det kan raskt snu.

Inne på post B er det stille og rolig. Alle pasientene på rommet sitt, og tre

ansatte sitter gangvakt. Utenfor pasientrommene er det et stort oppholdsrom med TV, kjøkken og spisekrok. Dersom de ansatte vurderer at noen av pasientene trenger skjerming, må de lenger inn i lokalene. Bak nok et par låste dører er det et stort, nesten nakent rom. På gulvet er det tapet fast en treningsmatte. På andre siden av korridoren er det et soverom – vegg i vegg med en enkel seng med reimer. En pasient har hele skjermingsavdelingen alene – sammen med pleierne.

Eli Fjærstad Ellemyr og Else Nyheim har jobbet på Brøset i henholdsvis 20 og 13 år. De er på jobb på posten denne dagen. De mener sikkerheten er godt ivarettatt. At de er kvinner, mener de forebygger en del voldsepisoder.

– Mange pasienter har det «innebygget» at de ikke skal slå kvinner. Vi får en slags morsrolle for enkelte av pasientene, sier de.

Bruker sjekklister

Pasientene skal bare være på Brøset til de er klare for et lavere omsorgsnivå. Det vil i de aller fleste tilfeller si at de



288 TIMER: Hittil i år er pasienter blitt reimet, enten i seng eller i transportreimer, 288 timer, fordelt på 44 hendelser. Enkeltpasienter drar opp antallet timer, sier sykehusledelsen.

blir overført til en sikkerhetsavdeling i hjemfylket.

– Men det har skjedd, en sjelden gang, at pasienter har blitt såpass friske at vi har skrevet dem ut direkte til kommunehelsetjenesten. Jeg må understreke at det er unntakene, men det har skjedd, og det er teoretisk mulig, sier Christian Lauvrud.

På postene jobber de ansatte mye med å redusere farlig atferd.

Brøset har utarbeidet en internasjonal kjent «sjekkliste» på seks tegn som ansatte bør være oppmerksomme på for å unngå at pasienter blir utagerende og voldelige.

De seks tegnene er:

- Mer forvirret
- Mer irritabel
- Mer brautende atferd
- Ofte fysiske trusler

- Ofte verbale trusler
- Ofte slag, spark og lignende mot inventar

Denne listen ble til av dr. philos. og psykiatrisk sykepleier Roger Almvik, som er forskningsleder ved Brøset kompetansesenter. I sykepleierdokumentasjon ble 56 ulike atferdsendringer beskrevet før voldsepisoder. De seks mest hyppige er bakgrunnen for det som kalles «Brøset Violence Checklist» (BVC). BVC er i dag validert gjennom studier og utprøvinger, og er i bruk over hele verden. Den er den eneste i sitt slag som har gjennomgått to randomiserte kontrollerte studier.

– Sjekklisten sitter i ryggmargen, sier Stig Emil Johansen.

– Vi kan aldri senke guarden når vi er på jobb. Vi kan ofte både se og føle når noe er i gjære, sier han. ■

■ PASIENT PÅ PARAGRAF:

Pasientene på Brøset er innlagt etter forskjellige paragrafer:

- Frivillig innleggelse: psykisk helsevernloven paragraf 2-1
- Straffegjennomføringsloven paragraf 13
- Varetektssurrogat straffeprosessloven paragraf 188
- Tvungent psykisk helsevern, kapittel 3 psykisk helsevernloven, paragraf 3-2 og 3-3 og kapittel 5 paragraf 5-2
- Straffeprosessloven paragraf 167

Risikovurdering:

For å vurdere risiko og behandling, bruker Brøset en såkalt START-kartlegging av alle pasienter (Short Term Assessment of Risk and Treatability).

Her vurderes risikoen for vold, selvskaade, selvmord, rusmiddelbruk, rømming, svikt i egenomsorg, samt risikoen for å bli et offer for andre eller seg selv.

Siden 2005 er det foretatt nesten 600 START-vurderinger.



Bruk av mekaniske tvangsmidler

(reimer i seng eller transportreimer):

2006:	45 timer	- 4 pasienter
2007:	57 timer	- 7 pasienter
2008:	32 timer	- 4 pasienter
2009:	29 timer	- 3 pasienter
2010:	111 timer	- 4 pasienter
2011:	288 timer	- 6 pasienter

Tallene 2011 er ifølge Brøset høye på grunn av mye bruk av transportbelter i en kort periode.

Jenta på gulvet

Hun vil ikke ha hjelp. Hun vil hjem, hun vil dø.

Tekst Lise Hetland Foto Colourbox

Ambulansepersonellet slipper taket i armene hennes, plasserer henne på et rom, og sender ansvaret videre. «Siden du er såpass urolig, må du holde deg inne på rommet.» Hun synker ned i en krok på gulvet, med knærne opp under haken og ansiktet gjemt. Hun skammer seg litt, hun er sliten, men mest av alt er hun forferdelig sint, og uten å være klar over det, distansert fra seg selv.

Alt hun ser er gulv og føtter, for selv om hun er sint og kald, er det fortsatt noe i henne som er for sårbart til å kunne møte noens øyne. De sitter i døråpningen, sperrer for utgangen og liksom passer på. Og leser blad. Hvorfor snakke til henne? Hun svarer jo ikke, og holder for ørene om noen prøver. Det vil si, den ene gangen de prøvde. Med jevne mellomrom sier de navnet hennes, for å sjekke om hun denne gangen vil svare.

Ingen respons, etterfulgt av stillhet som kun brytes av lyden av papir og blad som vendes.

Hun vil ikke samarbeide, ikke denne gangen. Hun vil hjem, hun vil dø. Hun har blod i håret, og klærne skjuler blåmerker på bein, armer og håndledd etter fysiske kamper med de som skulle hjelpe, de som skulle redde et liv. Hun klarte ikke se det på den måten. Ikke enda. For henne var dette inntrengere som tok fra henne valget og muligheten til å gjennomføre det hun endelig hadde klart å samle styrke og mot til. Armene hennes er fulle av blåmerker, sting og arr, og for henne føles det helt riktig. Det stemmer liksom, slik det skal være. Skadet. Ødelagt. Nesten som om kroppen spiller sjelen.

Senga er urørt, håndklærne som ligger pent brettet er også urørt. Alt er urørt.

Hun legger seg på det kalde, harde gulvet og krøller seg sammen til en ball i hjørnet, og prøver å sove. Med jevne mellomrom kommer noen bort og sier navnet hennes, med spørsmålsteget bak, uten å få respons. En gang er det en som sier, «ja ja, du kommer til å få skikkelig vondt i ryggen i morgen hvis du skal ligge der.» Som om hun brydde seg om det?

Mens så, når det nærmer seg natt, hører hun en ny stemme. Den er annerledes. Den er myk, rolig og omsorgsfull. Hun presenterer seg, I, heter hun. Hun setter seg på huk, og jenta på gulvet kjenner en hånd på skulderen sin. «Jeg får så vondt av deg der du ligger. Kom så skal jeg hjelpe deg opp i sengen.» Jenta svarer ikke denne gangen heller, og etter en stund fortsetter den snille stemmen. «Jeg legger i hvert fall dyna over deg, så du ikke fryser.» Og så tar hun dyna ned

LPS fylkesledere 2011-2012

Navn	Epost	Fylkeskontakter
Liv Bech Johannessen	livbech.johannessen@lds.no	Oslo
Jørgen Due	jorgendue@bbnett.no	Oppland
Torfrid Johansen	torfrid.johansen@vestreviken.no	Buskerud
Bjørg Skjøtskift	bjorg.skjotskift@sykehuset-innlandet.no	Hedemark
Charlotte Walther	cwalth@online.no	Østfold
Charlotte Walther	cwalth@online.no	Akershus
Charlotte Walther	cwalth@online.no	Vestfold
Gitte Slåtta	gitte.slatta@sthf.no	Telemark
Eli Jorid Sveipe	eli.jorid.sveipe@sshf.no	Aust Agder
Bodil Bakkan Nielsen	bodb@online.no	Vest Agder

LISELITEN.COM

Les om Lise Hetland sine erfaringer fra psykiatrien på hennes blogg liseliten.com.

fra sengen og legger den forsiktig over jenta på gulvet.

Akkurat der og da, samtidig som dyna møter kroppen hennes, faller hele jentas forsvar i grus. Det kalde, harde laget som skulle beskytte henne fra den kalde, harde verden, faller sammen, og plutselig er hun naken, sårbar og redd. Hun ligger fortsatt helt stille, nå uten å puste, i frykt for at noen skal se hva som akkurat skjedde – med henne. Etter at hun har trukket pusten noen ganger, og ser at verden rundt fortsatt står, lar hun seg hjelpe, og setter seg opp på sengekanten.

For første gang den dagen, sier jenta noe, så lavt at man nesten ikke kan høre det, med mindre man hører etter. «Jeg kan ikke legge meg i sengen, for det betyr at jeg tar i mot hjelp, og det kan jeg ikke tillate meg.» I setter seg



på huk slik at jenta kan se ansiktet hennes uten å måtte heve det bøyde hodet sitt. Hun smiler forsiktig og svarer: «Det vil ikke tjene deg på noen måte å ligge på gulvet. Nå er du uansett her, så la oss prøve å gjøre det beste ut av det, okei?» Jenta

hvisker et «ja» og legger seg til slutt i senga. I, mennesket med den varme, snille stemmen, pakker dyna trygt og godt rundt jenta som ikke lenger ligger på gulvet, og omsider sovner hun. Takk. ■



Navn	Epost	Fylkeskontakter
Peter Hee Andersen	peterhee@lyse.net	Rogaland
Laila Heggernes Forsberg	laila.heggernes.forsberg@helse-bergen.no	Hordaland
Liv Stokkenes Jacobsen	liv.stokkenes.jacobsen@helse-forde.no	Sogn og Fjordane
Anne Synnøve Solvåg	anne.synnove.solvag@molde.kommune.no	Møre og Romsdal
Janne Konstad	jannekonstad@ghotmail.com	Sør-Trøndelag
Tore Tofte	tore.tofte@hnt.no	Nord-Trøndelag
Rita Hove	rita.hove@nordlandssykehuset.no	Nordland
Åshild Fause	ashild.fause@uit.no	Troms
Anne-Lill Haabeth	annelillhaabeth@hotmail.com	Finnmark



Bli medlem i LPS

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

Medlemsfordeler:

- Du kan søke om stipend til kurs, konferanser og seminarer.
- Du kan søke utdanningsstipend på inntil 10 000 kroner.
- Du får rabatt på konferanser og arrangementer i regi av LPS.
- 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 **350,-** pr. år

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

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