



Psykisk helse og rus

NR. 2-2012 • ÅRGANG 23

TIDSSKRIFT FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS



Karianne Marlena Zachariassen:

— Jeg skadet meg
for å klare å smile
like mye som de andre

Sykepleien

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

REDAKTØR

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

REDAKSJONSMEDLEM

Charlotte Walther
tlf. 48209684
cwalth@online.no

STYRET

Faggruppeleder

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
unnehvold@online.no

Styremedlem

Charlotte Walther
Tlf. 48 20 96 84
cwalth@online.no

Styremedlem

Morten Leivseth
Tlf. 95 81 58 80
mleivs@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
boddb@online.no

ABONNEMENT

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

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

Bjørn Nordstrand
bjorn.nordstrand@sykepleien.no
Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no
Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

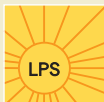
Color Print A/S

FORSIDEFOTO:

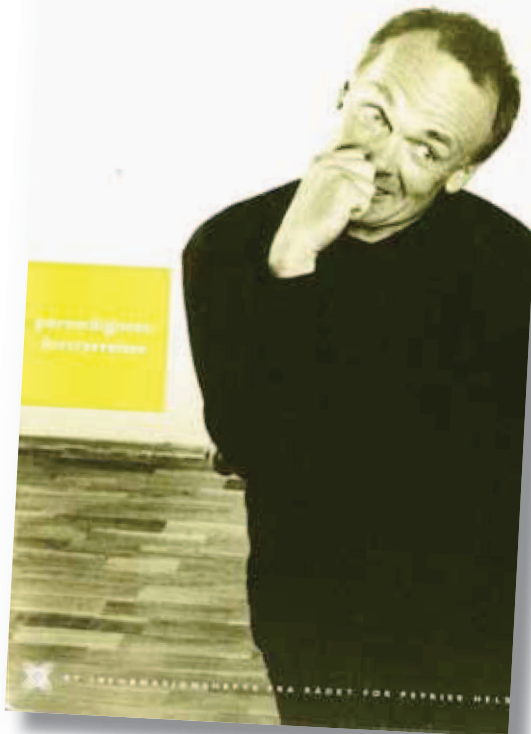
Sveinung Ystad

Innsending av artikler

Skriv artikler helst som word-dokument. Oppgi navn på de som er på bilder og hvor fotoet er tatt og 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 medfølge.



■ **32 ANALYSE:** Hvordan blir psykisk syke fremstilt i informasjonsbrosjyrer?



■ **14 NY RETNINGSLINJE** for behandling av psykisk syke rusmisbrukere.



Innhold

NR. 2-2012 • ÅRGANG 23



28 **VERDIG TRANSPORT:** Vil ha ambulanse i stedet for politi i Bodø.

«Målet var å gi gode ferieopplevelser.»

Jan S. Grøtteland om ferieaktiviteter for barn, s. 12



8 **SELVSKADING:** Åpenhet er viktig, mener Karianne Marlina Zachariassen.

4 Søk stipend

5 **LEDER:** Kurt Lyngved

8 Selvskading ble en måte å løpe fra smertene på

11 Spre kunnskap og snakk sammen

12 Få barn blir med på ferieaktiviteter

14 Bedre hjelp til mennesker med dobbeltdiagnose

18 Hvordan forholder vi oss til psykiatriens historie?

21 Rapport fra gruppelederkonferansen

22 Se hva som skjer

24 LPS Fylkesledere

24 Etterlyser kandidater til styret

25 Velkommen til landskonferansen

26 Landskonferansen - program og påmeldingsskjema

28 Ambulanse i stedet for politi

29 Nytt nettverk for flere typer fagfolk

32 Den syke normaliteten

48 Les om rus på Helsebiblioteket.no

50 Hundre år er verdt å feire

51 Bli medlem i LPS

52 Skriv om rus til neste Psykisk helse og rus

FASTE SPALTER

6 Smånytt

16 Aktuelle bøker

30 **TILBAKEBLIKK:** Kommerlig på Gaustad sykehus



Norsk Sykepleierforbund
Landsgruppa for psykiatrisk sykepleiere/sykepleiere innen psykisk helse og rus



Stipendordning for LPS

Søknadsfrist 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

LPS søker også i år midler fra helsedirektoratet og utlyser derfor stipend på inntil 10.000 kroner som du kan søke på innen fristen 15. september.

Utdanninger som tildeles stipend må ha sykepleiefaglig relevans og være fra 90 til 120 studiepoeng.

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:

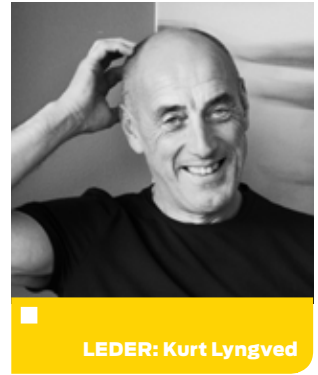
Hva søker du stipend til: (Send eventuelt med vedlegg)

Hvor mye søker du om:

Dato:

Underskrift:

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



Psykiatrisk sykepleie handler om å møte årstidene i menneskers liv

Det er ikke mer enn to uker siden jeg kjente det! Det var en slags duft som strømmet mot meg med en gjenkjennende tone i seg. Noe jeg hadde vært i kontakt med før og som opplevdes som et slags møte med en gammel venn. Da gikk det opp for meg at det er våren som er i anmarsj – i år som i fjor og som alle andre år i mitt liv – er denne årstid med alle sine grensesprengende virksomheter i gang. Årstiden med all sin sprengkraft i seg vil endre et kaldt og isfylt landskap til blomstrende enger og grønne oaser. Glemte mørke og kalde dager når lange og solfylte dager gjør erindringen om vinteren til noe uvirkelig og fjært. I streifene av de første varme solstråler på mitt kinn bringes jeg inn i refleksjonen over livet og eksistensen. Er det ikke slik selve livet fremstår som årstider og som motsetninger? I livets årstider er opplevelsen kanskje slik at i livets sommer er det nesten utenkelig at en vinter eksisterer og motsatt. Her jeg går og rusler slår det meg videre at det å jobbe som psykiatrisk sykepleier handler jo om å møte årstidene i menneskenes liv og ofte når livet er værhardt og skiftende vinder bringer eksistensen ut av kurs. Plutselig ser jeg vår funksjon som en slags los gjennom farvann med holmer og skjær hvor menneskesyn, verdier og holdninger er fyrlykter.

Denne våren blir spesiell. Under rettsaken mot Anders Behring Breivik må mange mennesker igjen forholde seg til «sår» som begynner å blø. Det vil bli en stor belastning for de som var tilstede der ugjerningene ble begått og for deres pårørende. Det vil sannsynligvis oppleves som en film som reverseres og bilder som man trodde var borte vil dukke opp igjen og bringe vonde minner tilbake. Sannsynligvis vil noen måtte søke hjelp for å håndtere minnene og følelsene knyttet til dem.

Jeg vet at mange av dere har gjort og gjør en formidabel innsats i etterkant av den katastrofe som vi opplevde 22. juli i fjor. Når blitzlampene og journalistene har forlatt arenaen skjer bearbeidingen utenfor rampelyset og i anonymitetens mørke. Det er her hvert enkelt menneske jobber med sine opplevelser relatert til skrekkelige hendelser og midt i dette landskapet står vi. Men med vår kompetanse som psykiatriske sykepleiere er vi godt rustet til å stå sammen med de som bærer på smertefulle hendelser fra 22. juli og vi skal gjøre så godt vi kan for å bidra i denne prosessen.

Erfaringskompetanse er et begrep som brukes stadig oftere og som bør få større plass i det kunnskapssyn som samlet ligger til

grunn for de tjenester som brukerne av psykiske helsetjenester får. Kombinasjonen fagkompetanse og brukerkompetanse vil være et godt grunnlag for å utvikle gode tjenester. Den gode dialog med de som bærer erfaringer er viktig. LPS ønsker å utvikle et godt samarbeid med brukerne på alle nivå og ser de som bærer erfaringen som en stor ressurs. Derfor er jeg glad for at vi i januar hadde et konstruktivt møte med Mental Helse i Skien. Gjennom gode samtaler fikk vi snakke om den felles verden som heter psykisk helse og som vi begge er en del av. Vi håper å kunne bidra til å utvikle samarbeidet i det psykiske helsefeltet på en slik måte at det til syvende og sist blir et mangfold som bidrar til å fremme helse i hele befolkningen. Enten dette handler om forebyggende helsearbeid eller det arbeidet som handler om å hjelpe mennesket videre der livsproblemer har satt «livsutfoldelsen på vent».

Lokalgrupelederkonferansen 2012 ble arrangert i midten av mars og to dager var fylt med spennende diskusjoner og refleksjoner om faget vårt. Jeg ser frem til videre arbeid med faget og til spennende utfordringer knyttet til det. Nå ligger vår årlige landskonferanse rett foran oss og jeg håper vi får se riktig mange i Kristiansand. Det jeg er veldig spent på er vår forskningsdag i forkant av konferansen og det som presenteres der. Jeg håper at dette er starten på en æra hvor psykiatriske sykepleiere legger frem sine arbeider og deler dem med hverandre. Det er alt for mye godt forskningsarbeid, gjort av sykepleiere, som står og støver ned i bokhyller på høyskoler og universitet. Vi må utvikle en praksis hvor vi nettopp anvender hverandres teoretiske arbeider for å utvikle en stadig bedre praksis for brukere av våre tjenester.

Til slutt har jeg lyst å takke alle bidragsytere til tidsskriftet og til våre konferanser. Det er mye interessant som skjer innenfor vårt fagområde og derfor er det en fryd å kunne lese om dette i Psykisk helse og rus eller å lytte til en fortellerstemme i en konferansesal.

Når dette leses ligger påsken bak oss og en sommer står for døren. Jeg ønsker alle medlemmer av LPS og deres nettverk en super vår og en god sommer når den kommer.

Vel møtt i Kristiansand i mai til innholdsrike dager og generalforsamling.

Kurt J. Lyngved
FAGGRUPELEDER

Etikkbok på nett

«La etikken blomstre i praksis» er en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen. Boken skal gi inspirasjon til alle som arbeider med eller som er interessert i etikk i pleie- og omsorgssektoren. Boken har sin opprinnelse i erfaringer innhentet i etikksatsingen i pleie- og omsorgssektoren i Bærum kommune. Les boken på: <http://np.netpublicator.com/net-publication/n91504744>



Salgsstart for =Innlandet

Mandag 27. februar startet salget av magasinet =Innlandet. Magasinet selges på Hamar, Gjøvik og Lillehammer i et opplag på 6000. En del består av lokalt stoff, mens resten er felles for alle gatemagasinene fra Stiftelsen Erlik på Østlandet.

Kilde: erlikoslo.wordpress.com

SMÅNYTT

Sliter psykisk

Mange ungdommer som har kommet til Norge som mindreårige asylsøkere uten følge av foreldrene sine, har psykiske plager. De opplever mye stress i hverdagen og er ofte ensomme. Likevel utvikler de etter hvert tilhørighet til landet og en følelse av å være norsk. Det viser rapporten «Psykisk helse, mestring og sosial integrasjon» fra Folkehelseinstituttets Divisjon for psykisk helse.

Kilde: PsykNytt/Folkehelseinstituttet



«Vi kan ikke gjøre noe ondt mot andre uten å skade oss selv.»

Joseph Francis Eduard Desmahis, fransk dikter

Unge drikker mindre



Unge svensker drikker mindre enn før, og et økende antall velger å avstå helt fra alkohol. Det viser statistikk fra Nationella folkhälsoenkäten, som hvert år måler den svenske befolkningens levevaner og opplevde helse. Andelen menn i alderen 16-19 år som helt avstår fra alkohol har økt 12 prosentenheter fra

2004 til 2011. Andelen totalavholdene kvinner i samme aldersgruppe har økt med ni prosentenheter i samme periode. I 2011 oppga hver femte unge voksne i Sverige at de ikke drikker alkohol.

Men undersøkelsen viser også at det ikke er en tilsvarende nedgang i alkoholskader blant unge, noe som kan tyde på at en mindre gruppe av ungdommer drikker mer alkohol enn før.

Kilde: Statens folkhälsoinstitut og Vårdfokus

Kvinner våkner om natten

Kvinner har oftere søvnproblem enn menn, og en årsak ser ut for å være stress. Det viser foreløpige resultat fra en svensk undersøkelse, hvor søvnkvaliteten er testet hos 1500 personer. Det vanligste søvnproblemet blant kvinner er gjentatte oppvåkninger i løpet av natten.

– Hos kvinner er oppvåkning om natten vanligere enn innsovningsproblemer

og tidlig oppvåkning, sier Torbjörn Åkerstedt, professor ved Karolinska institutet til Sveriges Radio.

Kilde: Sverigesradio.se



ADHD-behandling gir arbeid

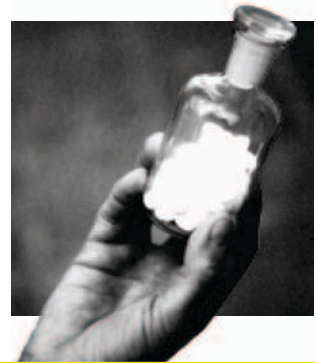
Barn som blir behandlet for ADHD har økt sannsynlighet for å være i arbeid som voksne. Det viser forskning utført av psykiater og overlege Anne Halmøy, i forbindelse med hennes doktorgradsavhandling.

Kilde: Dagens Medisin

Fordobling av sykefraværet

I 2008 sto angst og depresjoner for 20 prosent av alt sykefravær i Norge, i 2011 hadde andelen steget til hele 40 prosent. I samme periode har også andelen uføretrygdde på grunn av psykiske problem økt.

Kilde: NRK P3



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox og Erik Berg/Det Norske Teater

Promillegrense for legemidler

1. februar i år kom en ny lov om ruspåvirket kjøring. Det ble da innført «promillegrenser» for 20 narkotiske stoffer og legemidler med ruspotensial. Norge ble dermed det første landet i verden med straffbarhetsgrenser og straffeutmålingsgrenser for andre rusmidler enn alkohol.

Den faste «promillegrensen» gjelder imidlertid ikke ved terapeutisk bruk av potensielt rusgivende medisiner, det vil si at man har fått dem forskrevet av lege. I slike saker skal fortsatt dagens system med individuell vurdering benyttes. Dette skyldes blant annet at ulykkesrisikoen vurderes som mindre ved terapeutisk bruk enn ved sporadisk, illegal bruk – på grunn av toleranseutvikling og den gunstige virkningen av behandlingen.

Det finnes foreløpig ikke pålitelige hurtigtester som kan brukes for å gi indikasjon om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol. Politiet vil derfor fortsatt være nødt til å vurdere ruspåvirkning ved hjelp av «tegn og symptomtest».

I den norske veikantundersøkelsen 2008 – 09 var det flere sjåfører som testet positivt for trafikkfarlige legemidler eller narkotika enn for alkohol. Sovemidler, beroligende og sterke smertestillende stoffer var vanligst. Blant de narkotiske stoffene var cannabis, kokain og amfetamin hyppigst forekommende.

Kilde: Folkehelseinstituttet



=Oslo er blitt teaterstykke

Teaterstykket =Oslo hadde premiere 2. mars på Det Norske Teater. Stykket er et samarbeid mellom =Oslo og teateret. Alle tekstene er basert på historier fra =Oslo, som stort sett er skrevet av folk som selger bladet. Skuespillet skal ikke diskutere narkotikapolitikk, men sette et verdig lys på menneskeskjebner. Forestillingen vil vise hvordan det kan gå for folk som har de samme drømmer og mål som så mange andre – men som møtte kraftigere motstand på veien.

Kilde: Det Norske Teater og erlikoslo.wordpress.com



– Selvskading ble en måte å løpe fra smerten på

– Jeg følte jeg fikk puste for første gang på lenge, sier Karianne Marlena Zachariassen (26) om hvordan det følte første gang hun rispet seg i armen med en saks.

Tekst Johan Alvik Foto Privat

Første gang Karianne Marlena Zachariassen skadet seg selv, satt hun hjemme på barnerommet i Vennesla og gråt. Hun var 14 år.

– Alt var så vondt, og jeg kunne ikke forstå hvordan jeg skulle klare livet, sier hun.

Med ett tenkte hun på en jente hun hadde sett. Jenta hadde arr på armen. Det gikk rykter om at hun skadet seg selv.

Jeg tenkte litt over det og fant ut at jeg var villig til å prøve hva som helst hvis det kunne hjelpe. Jeg tørket tårene, gikk ut på kjøkkenet, hentet en saks, inn på rommet igjen, satt meg ned og rispet meg på armen. Der og da følte det som om jeg hadde funnet løsningen i livet. Jeg følte

erfaringskonsulent i ABUP, avdeling for barn og unges psykiske helse på Sørlandet sykehus. Der fikk hun selv god hjelp for en del år siden. I tillegg studerer hun helse- og sosialfag.

Kaos av følelser

Når Karianne Marlena Zachariassen tenker tilbake og skal forklare hva hun følte da selvskadingen startet for 12 år siden, beskriver hun et kaos av følelser.

– Jeg begynte å skade meg fordi jeg hadde så mange vonde følelser jeg ikke forstod, og som jeg derfor ikke klarte å forholde meg til. Jeg vokste opp med foreldre som hadde nok med seg selv, og som derfor ikke klarte å se meg, bekrefte meg

Det boblet hele tiden, selvskadingen bare sørget for at det boblet litt lengre i stedet for å koke over, forklarer hun.

Men selvskadingen ga Karianne Zachariassen bare en liten pause fra smertene hun følte.

– Smerten og kaoset innhentet meg hele tiden, og jeg ble mer og mer avhengig av den pausen selvskading ga meg. Det var destruktivt, for til slutt var det slik jeg taklet livet. Det ble aldri nok skading, aldri dypt nok. Og jeg ble mer deprimert, fordi det som en gang hjalp, var blitt en fiende og hadde tatt over livet mitt. Jeg skadet meg for å klare å smile like mye som de andre. Jeg trodde at om jeg bare fikk ut noe av helvetet inni meg, så ville jeg klare livet litt til. Og når blodet rant så jeg for meg at dritten, smerten og kaoset rant ut. Og blodet var jo lettere å forholde seg til enn det indre som jeg ikke forstod, sier Zachariassen.

– Hvor på kroppen skadet du deg?

– Først på armene, etter hvert skadet jeg meg og på beina. For å skjule arrene gikk jeg mye med lange ermer og svettebånd, sier hun.

Er det forskjell på den smerten du føler

«Jeg trodde at om jeg bare fikk ut noe av helvetet inni meg, så ville jeg klare livet litt til.»

jeg fikk puste for første gang på lenge, sier Zachariassen.

Karianne Marlena Zachariassen har sluttet å skade seg selv. Hun jobber som

og mine følelser. Til slutt ble alle følelsene til et stort kaos. Selvskading ble en måte å løpe fra smerten på. I mitt indre var jeg som en gryte som holdt på å koke over.



SKADET SEG: – Jeg ble avhengig av den pausen selvskadingen ga meg, sier Karianne Marlina Zachariassen.

når du skader deg selv og når du blir skadet?

– Veldig forskjell! Jeg har jo alltid vært den som hyler ut hvis jeg skulle skjære meg på papir for eksempel. Det er kjempevondt. Men med selvskading var lettelsen over å slippe noe av det vonde i mitt indre mye større enn den fysiske smerten. I dag har jeg litt problemer med å forstå hvordan jeg kunne klare det, og det sier meg mye om den psykiske smerten jeg hadde, sier Zachariassen.

Læreren tok grep

Det var på skolen at Karianne Zachariassen først fikk hjelp. I drøyt ett og et halvt år hadde hun skadet seg uten at noen oppdaget det. Hun kjempet med tunge tanker - og en dag spurte en lærer om noe var galt.

– Jeg var så heldig å ha en lærer som brydde seg og som spurte. Jeg turte å åpne meg litt for henne. Og hun ble bekymret fordi hun så en veldig deprimert jente, sier Zachariassen.

Læreren tok kontakt med helsesøster på skolen, som kontaktet en lege.

– Før jeg visste ordet av det satt jeg på møte sammen med denne læreren på

BUA, som barne- og ungdomsavdelingen het den gang. Jeg syntes det var veldig skremmende å komme i behandling, men jeg følte meg fort ganske heldig.

Zachariassen fikk god hjelp av psykologen på BUA.

– Jeg kom til barne- og ungdomsavdeling med diagnosen depresjon. Da behandleren spurte om jeg skadet meg, klarte jeg ikke annet enn å si nei. Jeg skammet meg. Jeg var redd for hva hun ville tenke, men mest av alt redd for at hun ville ta det fra meg. Men etter hvert som jeg ble litt tryggere på henne, klarte jeg å si det. Hun kunne ikke ha møtt meg på en bedre måte. Hun var ikke opptatt av å fjerne det, men erstatte selvskadingen med noe mer konstruktivt. Hun så på det som et språk, hvor hun skulle være tolk. Og det er noe jeg synes er et viktig utgangspunkt i forhold til selvskading, det er et språk, et symptom for noe, ikke et problem som skal fjernes, sier Zachariassen.

Lagde bøker

– Psykologen tenkte at det ville være lettere for meg i starten å skrive, så vi

NYTTIG PÅ NETT

www.selvskading.info er en nettside for personer som skader seg selv med vilje. På siden finnes informasjon om selvskading, og hvordan man kan få hjelp. Det gis også gode råd til foreldre med barn som skader seg selv og til venner av selvskadere. Siden blir drevet av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF).

lagde to bøker vi kalte terapibøkene. Og i disse bøkene startet mye av terapien. Vi vekslet bøker fra uke til uke. Jeg skrev og hun svarte i disse bøkene. For meg var det viktig at det som ble skrevet i bøkene var i bøkene og ikke ble tatt opp i timen, det var en trygghet for meg i starten. Etter hvert som jeg ble tryggere på å skrive, gjennom de bekreftelsene jeg fikk i boken, var det lettere å sette ord på ting i timene. Jeg hadde også hjemmeoppgaver, som at jeg skulle skrive før jeg skadet meg, for å gjøre meg bevisst på hvorfor jeg ønsket å skade meg, og om jeg kunne erstatte det med noe annet. Gjennom disse oppgavene ble jeg tvunget til å kjenne etter og prøve å finne ord. Det ble i begynnelsen mye fram og tilbake, og det



LEVER LIVET: I dag har Karianne Marlena Zachariassen det godt, takket være at hun fikk behandling.

var ikke lett, men hun dømte meg aldri, og det var viktig for meg.

Da Zachariassen var 18 år, ble behandlingen endret. Psykologen hun gikk hos tok permisjon, og nye behandlere ble involvert.

– Jeg måtte over i et system som tenkte, snakket og så på ting veldig annerledes. Jeg følte at det var mye pekefingermentalitet. Selvskadingen ble sett på som «vanskelig». Et problem som måtte fjernes. Fokuset ble rettet mot kniven og ikke hvorfor og hvordan de kunne hjelpe meg til å erstatte kniven med noe konstruktivt. Det gjorde at jeg igjen begynte å skade meg mer.

Hjelp av sykepleier

Da Zachariassen var 19 år kom en psy-

kiatrisk sykepleier inn i livet hennes, og ga henne den behandlingen og støtten hun trengte.

– Jeg var heldig og fikk hjelp av en psykiatrisk sykepleier som var veldig dyktig og klarte å møte meg på en god måte. Hun hadde mye av de samme tankene som psykologen jeg hadde hatt før jeg ble 18 år. Både sykepleieren og den første psykologen møtte meg som et menneske i møte med et menneske. Derfor er jeg der jeg er i dag. Jeg tror at den beste hjelpen ofte kan være et ekte menneskelig møte, hvor nettopp begge bare er et menneske, men med noen roller. Det blir for meg uforståelig med denne maktbalansen som ofte kommer med et system.

– Når skadet du deg selv sist?

– Jeg husker ikke siste gang jeg skadet

meg, kanskje fordi det ble så sjeldent mot slutten, og fordi jeg ikke fokuserte så mye på det, men det er noen år siden. Jeg skader meg ikke i dag, og jeg er «friskmeldt». For min del tenker jeg da symptomfri. Jeg tenker at jeg ble frisk fordi jeg traff noen kloke folk på min vei som klarte å hjelpe meg på en ok måte, med en relasjonell behandling. Det kan godt være at jeg hadde klart meg på en eller annen måte uten behandling, men jeg hadde ikke hatt det så godt som jeg har det i dag.

– Hvilke råd vil du gi til fagfolk som jobber med personer som skader seg selv?

– Selvskading er et språk, et symptom for noe, ikke et problem. Fokuset bør derfor være på hvordan man kan hjelpe pasienten til å finne andre måter å få ut sin smerte på, i stedet for å skulle fjerne selvskadingen uten videre. Det kan ikke fjernes, men det kan erstattes. Hvis man er opptatt av å fjerne det, vil man øke selvskadingen. Selvskading er en overlevelsestrategi, og man kan ikke uten videre fjerne en overlevelsestrategi, men man kan sammen finne andre metoder. ■

På landskonferansen 9. mai forteller Karianne Marlena Zachariassen om sine erfaringer.

Les om selvskading

Egenopplevelser

Selvskadingens dynamikk handler om personers egenopplevelser av indre smerte og om hvordan de forholder seg til denne smerten ved å kutte seg og lage arr. Gjennom nyansering og utdypning av psykologiske prosesser bak det selvpåførte arret, ønsker forfatterne å bidra med økt forståelse om selvskading.



Forfatteren Kristin Ribe skriver om egen erfaring med å kutte seg. Ribe beskriver hvordan psykisk helsevern og venner gradvis hjalp henne å få det bedre.

Psykolog Anita Moe skriver om hva det å skade seg betyr for ungdom og voksne, og om veien mot å kutte seg mindre og å mestre livet bedre.

Selvskadingens dynamikk, Universitetsforlaget

Om teori og praksis

Hvordan kan noen skade seg frivillig? Hvem gjør det, og hvorfor? Hvordan skal man hjelpe noen som skader seg selv?



Forfatteren Sofia Åkerman har skrevet ut fra et personlig perspektiv der pasienterfaringer, teori og praktiske råd går hånd i hånd. Boka retter seg til de som er syke, deres pårørende, skole- og helsepersonell, studenter og andre som vil lære noe om hvordan man best kan forstå og hjelpe noen som skader seg selv.

For å overleve, Humanist forlag

Praktisk tilnærming

I Selvskading beskriver psykolog Svein Øverland hvordan selvskading oppleveres av dem som skader seg selv, og hvordan selvskading kan forstås som et forsøk på mestring. Han presenterer ulike innfallsvinkler til behandling av selvskading, og praktiske verktøy for å hjelpe ungdom til å slutte å skade seg.

Målgruppen er fagfolk både i førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Svein Øverland er spesialist i klinisk psykologi med ferdypning i psykoterapi og familierapi. Han veileder faggrupper om selvskading.

Selvskading - en praktisk innføring, Fagbokforlaget



Spre kunnskap og snakk sammen

Verdensdagen for psykisk helse har i år som mål å øke kunnskapen om lokale helsefremmende tiltak. Kampanjenavnet er: Vær med! Spre kunnskap og snakk sammen.

AÅrets tema for Verdensdagen handler om forebygging og alminneliggjøring. Verdensdagen vil mer enn noen gang rette søkelyset mot de helt enkle tingene i hverdagen som bidrar til god psykisk helse og forebygger helseproblemer. Å komme seg ut av sofaen og ut på turstiene på egen hånd eller med noen en kjenner. Å få en døgnrytme som gir nok søvn. Å hive seg på kulturopplevelser enten vi liker dundrende bassrytmer, smekre fiolintoner eller pirrende salsadans. Å tørre å ta den telefonen til en venn for å avtale en kaffekopp – fordi vi tenker at han kan ha glede av det, eller fordi vi kan trenge det selv. Ingen motsetning i det, forresten!

Hva er de viktigste bidragene til at din dag blir god? Hva skulle du gjerne ha litt mer av for å gjøre den enda bedre? Hva kan du gjøre selv for å oppnå det? Og hva kunne du trenge fra andre? Å bidra til god psykisk folkehelse handler nettopp om at vi deler hverandres erfaringer med hva som skaper det gode hverdagslivet. Hvordan skaper vi lokalmiljø som bidrar til mestring framfor å skape behov for plastring? Og hvordan skal vi forvente at andre er åpne om at livet svinger hvis vi ikke selv er det?

Reform i praksis

Samhandlingsreformen som er i sitt før-

ste år, har som et av målene å forebygge framfor bare å reparere. Reformen skal gi helsetjenesten en ny retning med fokus på forebygging, samhandling og brukermedvirkning. En av lovene som danner grunnlaget for samhandlingsreformen er folkehelseloven. Det styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer. Dessuten skal mye mer skje ute i kommunene, der folk bor.

Med årets tema vil Verdensdagen for psykisk helse være å sette samhandlingsreformen ut i praksis. Forhåpentligvis vil den få fram aktiviteter, samarbeidsformer og kultur for åpenhet om psykisk helse som vil vare lenge etter at arrangementene er avsluttet. Det er avgjørende for at samhandlingsreformen skal lykkes. Derfor bør lokalpolitikerne se ekstra verdi i årets tema, fordi den vil gi de svar på områder de er forpliktet til å ha ansvar for.

Vær aktiv

Selv om kommunen har mye ansvar for å prioritere forebygging, åpenhet og aktiviteter, er det avgjørende at hver av oss tar ansvar for oss selv. Engasjer deg i ditt nærmiljø eller frivillige organisasjoner. Tør å være åpen om psykisk helse. Vær aktiv – fysisk og psykisk helse henger sammen. Det er mye vi selv kan bidra med for vår egen helse. Når vi engasjerer oss til fordel for egen

helse, får det også virkning på andre. Det gir positive synergier når enkeltmennesker møtes i fellesskap. Det gir sosialt fellesskap og følelsen av å være inkludert.

Spre kunnskap

Det er mange av oss som har egenerfaring med psykiske helseproblemer. Selv om problemene er individuelle, kan måten du løste problemene dine på eller forebygger for ikke å få det, være løsningen for mange andre. Det er viktig å spre denne kunnskapen fordi vi vet at kunnskapen fra dem som selv har erfaring er avgjørende for å finne de gode tiltakene.

Økt åpenhet

Målet for Verdensdagen og samhandlingsreformen er at færre skal trenge helsehjelp for psykiske problemer. Det betyr at det må legges til rette for folkehelsearbeid, ikke bare sette inn tidlig hjelp når man først har fått problemer.

Verdensdagen for psykisk helse er en spydspiss i arbeidet for økt åpenhet. Min oppfordring til deg er derfor: Vær med! Spre kunnskap og snakk sammen.



Tekst Bjørn Lydersen, generalsekretær Mental Helse

Få barn blir med på

Barn av foreldre som er psykisk syke eller har rusproblemer får tilbud om ferieaktiviteter i regi av Kvinesdal kommune. Selv om aktivitetene er både varierte og gratis, har det vært vanskelig å rekruttere deltakere.

Tekst Jan S. Grøtteland, familiekonsulent ved Kvinesdal helsestasjon

Kvinesdal kommune har gjennomført et treårig prosjekt med ferieaktiviteter for barn som pårørende av foreldre innenfor psykiatri eller rusfeltet. Prosjektet som har vært støttet av Helsedirektoratet er vurdert som meget vellykket som tiltak for de barna som har deltatt. Erfaringen er imidlertid at det tar lang tid å etablere slike aktiviteter overfor målgruppen da man ser at psykisk sykdom og rusproblemer fortsatt er forbundet med tabuer og skam.

Bakgrunn, formål og målgruppe

Ved kjennskap til barn i familier der voksne har en lidelse som sorterer under psykiatri eller rus får vi ofte bekreftet at ressursene til å gi barna noen opplevelser litt over hverdagsnivået, ofte kan være begrenset. Vi har sett hvor mye en tur til dyreparken med

koordinere tilbudet og at vi gjennom en godtgjørelse til lag og foreninger skulle sette dem i stand til å ta ansvar for å tilrettelegge forskjellige aktiviteter gjennom sommeren. Målet var å gi gode og litt ekstra ferieopplevelser som tilførte barna impulser utenfra og at tilbudet skulle være gratis for barna.

Metoder for gjennomføring

Vi fikk støtte fra Helsedirektoratet på 70 000 kroner i juni 2009. Det ble gitt tilbud om flere aktiviteter dette første året, men det strandet på rekruttering av aktuelle barn. I løpet av kort tid fikk vi fram flere tilbud gjennom frivillige lag og foreninger, men tross et omfattende informasjonsarbeid fikk vi ingen barn påmeldt. Prosjektet ble annonsert i lokalavisen, på kommunens nettside og ble presentert og gjort kjent for barnekontakter og en rekke samarbeids-

barn vi kjente til via helsestasjonen. I dette arbeidet var det mange motforestillinger hos foreldre og barn selv. De fleste var knyttet til opplevelsen av utilstrekkelighet hos foreldrene og barns spørsmål om hvem de andre barna var og hva som var spesielt med dem. «Har de det også sånn som oss?» «Røper jeg noe hjemmefra ved å bli med?» Ved å trekke med helsesøster og bruke personalet ved helsestasjonen lykkes vi likevel med å rekruttere tilstrekkelig med barn til at vi kunne gjennomføre tiltakene.

Organisering og styring

Prosjektet har vært ledet av en familie-konsulent på helsestasjonen som også har koordinatortrollen for barn og unges psykiske helse som sitt ansvarsområde. I tillegg er det oppnevnt en styringsgruppe for prosjektet som har bestått av leder for psykiatritjenesten og en konsulent i kulturretaten.

Resultatvurdering i forhold til mål

Totalt har vi hatt 26 deltakere på aktivitetene som er gjennomført. De fleste har vært med på flere av aktivitetene slik at det totale antall barn var elleve. Aktivitetene har vært ganske variert: Idrettsleir, tur til Dyreparken, båttur på fjorden med fiske og grilling, dagstur til Fårup sommerland, eventyrdøgn på en gammel gård og tur til Kongeparken.

Ideen om samarbeid med frivillige

«Tilbakemeldingen fra barn og foreldre har vært veldig gode.»

litt pizza etterpå har betydd for barn som ellers går og «trør hjemme» med syke foreldre gjennom ferietiden.

Vi ønsket å lage et opplegg for sommerferien der vi gjennom samarbeid med frivillig sektor (idrett, kirke, lag og foreninger) kunne tilby aktiviteter i ferietiden. Tanken var at vi fra kommunens side skulle organisere og

partnere både i 1. og 2. linjetjenesten. I tillegg ble det tatt opp flere ganger med lokale brukerorganisasjoner.

Det ble altså brukt ganske mye ressurser på annonsering, informasjon og formidling av tiltaket uten at dette resulterte i påmeldinger fra barn i målgruppen. Vi så oss derfor nødt til å gå mye mer direkte på aktuelle foreldre og

ferieaktiviteter



PÅ TUR: Tilbudene til barna er varierte og spennende. Her steker artikkelforfatteren vafler på bål på en utfukt ut i naturen. Foto: Privat

lag og foreninger er bare delvis oppnådd. Vi så oss nødt til å vri prosjektet over på ansatte ved helsestasjonen for i det hele tatt å få til noe. Det viste seg at målgruppen var mye vanskeligere å finne fram til og få med enn vi trodde på forhånd. Det har gjort ganske sterkt inntrykk å høre og se hvordan barna også kjenner på tabu, skam og usikkerhet som følge av foreldrenes situasjon. Erfaringen er at man må jobbe ganske mye med hver enkelt med informasjon og tilrettelegging både overfor foreldre og barn for å nå fram til barn i målgruppen. Vi oppfatter at det er noe av dette som har gjort rekrutteringen av aktuelle barn så vanskelig. Det finnes barn og ungdom som på grunn av disse tingene valgte å ikke ta imot tilbudet vårt. Å komme i posisjon til aktuelle barn og

«selge opplegget» til målgruppen har vært svært tidkrevende, møysommelig og komplisert. Dette gjorde at vi så det som viktig å stille opp med personer fra helsestasjonen som barna og ungdommene kjente fra før og var trygge på.

Ressursbruk

På grunn av det som er nevnt overfor om bruk av personalet ved helsestasjonen har vi vært nødt til å regne inn mer personalkostnader i prosjektet enn planlagt. Administreringen av prosjektet har også vært betydelig mer tidkrevende enn vi antok på forhånd. Spesielt har informasjonsdelen og det å rekruttere aktuelle barn tatt mye tid. Den reelle egeninnsatsen fra kommunen ligger derfor betydelig høyere enn det som kommer fram i tall.

Planer for videreføring

Vi ønsker å videreføre tiltaket i en eller annen form, men er ikke ferdig med drøftingene ennå. Det er uttrykt vilje i kommuneledelsen til å sette av et beløp hvert år til målgruppen barn av pårørende. Vi ser for oss at dette skal bli et fast samarbeidstiltak mellom kommunenes psykiatritjeneste og helsestasjonen.

Viktige erfaringer

Selv om rekrutteringen har vært krevende, har barna som ble med på aktivitetene vært midt i målgruppen for prosjektet. Det ble også lettere å rekruttere barn andre året enn første da de som hadde vært med før visste hva de gikk til. Tilbakemeldingen fra barn og foreldre har vært veldig gode. Foreldrene har ringt og takket for at barna kunne være med og de opplevde å få barna glade hjem igjen. Selve gjennomføringen gikk helt problemfritt og det var overhodet ikke disiplin- eller ordensproblemer. Å bruke godt kvalifiserte ledere som helsesøster og familiekonsulent tror vi har hatt betydning. Vi tror at noen barn gjennom dette prosjektet har fått med seg noen gode opplevelser og at de møtte på skolen etter ferien litt mer rak i ryggen enn før. Det har vært inspirerende å møte barna igjen utover høsten når de med et stort smil har spurt: «Hva vi skal gjøre til neste år?»

Det er vel aktuelt fremdeles at vi som fagpersoner har et stykke vei å gå i å sette fokus på barnas behov i vårt møte med syke foreldre. Det er ti år siden Trymbo og Melvik kom med sin lille bok: Når foreldre er psykisk syke. Deres anliggende om at de som behandler foreldre trenger mot og vilje til å løfte fram barna, er nok fortsatt like aktuell. ■

Bedre hjelp til mennesker med dobbeltdiagnose

Psykisk syke rusmisbrukere skal lettere få hjelp. En ny nasjonal retningslinje legger føringer for hvordan det skal gjøres.

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Her til lands er det flere tusen mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser som ikke får den hjelpen de skal ha, ifølge Helsedirektoratet. En ny nasjonal retningslinje fra Helsedirektoratet på dette feltet trådte i kraft i desember 2011 og den gir helsevesenet et større ansvar for å tilpasse tjenestene, og ta pasientene med på råd i behandling og oppfølging. Sjansene til bedring er større dersom lidelsene utredes og behandles på en koordinert og helhetlig måte, så tidlig som mulig, mener Helsedirektoratet.

Mellom to stoler

Ifølge Helsedirektoratet faller pasienter med alvorlig samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ofte kalt ROP-lidelse – i mange tilfeller mellom to stoler. Det er gjerne en betingelse for å bli videre utredet og behandlet at pasienten er rusfri. Samtidig meldes det fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling at de ikke kan behandle pasienter med alvorlige psykiske problemer.

30 til 50 prosent av de som blir akuttinnlagt med psykiske lidelser i psykisk helsevern tilhører denne

gruppen. En av fire bostedsløse har ROP-lidelse, og minst 4000 personer har behov for ekstra innsats for at tjenestene skal nå fram til dem og gjøre nytte.

Mange anbefalinger

Fagekspertene fra kommuner, spesialisthelsetjenesten og forskning, har sammen med representanter fra brukerorganisasjonene samlet erfaringer og forskning om hvilke tiltak og tilbud som best kan nå denne gruppen. 93 anbefalinger er samlet i den nasjonale

Sentrale anbefalinger

Følgende punkter er framhevet som sentrale i den nasjonale retningslinjen for behandling av samtidige ruslidelser og psykiske lidelser:

- Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.
- For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan.
- Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid.
- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende.

Hva er en nasjonal retningslinje?

Nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet er å betrakte som anbefalinger og råd, basert på oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene gir uttrykk for hva som anses som god praksis og er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteyterne må gjøre. Retningslinjene er ikke rettslig bindende, men skal være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge retningslinjene skal fagpersonell oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra nasjonale faglige retningslinjer bør en dokumentere dette og være forberedt på å begrunne sitt valg.

Kilde: Helsebiblioteket

■ DOBBELTDIAGNOSE

Mennesker med dobbeltdiagnose har en psykisk lidelse samtidig som de har en ruslidelse. Mange klarer ikke å benytte seg av det ordinære hjelpeapparatet og får ikke den behandlingen de har krav på. De blir kasterballer i tiltaksapparatet, noe som innebærer hyppig skifte av kontakter. Flere er umerisinert eller feilmedisinert.

Kilde: Dobbeltdiagnose.no

faglige retningslinjen som Helsedirektoratet utgir, og som kommunene og spesialisthelsetjenesten skal sette ut i livet.

Retningslinjen beskriver hvordan utredning, behandling og oppfølging bør gjøres uavhengig av hvor ansvaret ligger og om rus eller en psykisk lidelse er hovedproblemet. Mange instanser får nå et felles ansvar for å sikre et helhetlig tilbud. Helsedirektoratet skriver på sin hjemmeside at en målrettet felles innsats er nødvendig for å gi flere et verdigere liv. ■



FÅR IKKE HJELP: Psykisk syke rusmisbrukere kan risikere å ikke få hjelp mot sine psykiske plager, fordi de ikke er rusfri.

På papir

På Helsedirektoratets hjemmeside kan du laste ned retningslinjen som pdf. Retningslinjen heter Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Du finner den på: helsedirektoratet.no/publikasjoner. Du kan også laste ned en kortversjon av retningslinjen. Den heter «10 viktige anbefalinger du bør kjenne til».

Papirutgave av retningslinjen kan bestilles hos Helsedirektoratet.

Kilde: Helsedirektoratet

På nett

Den nye retningslinjen ble offisielt lansert på et seminar i Helsedirektoratet 13. mars i år. Retningslinjen om ROP-lidelser finner du på: helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside

To andre nettstedene ble lansert sammen med nettversjonen av retningslinjene:

- [Snakkomrus.no](https://snakkomrus.no) er laget for dem som har direkte kontakt med rusavhengige i arbeidet sitt.
- [ROPbruker.no](https://ropbruker.no) gir pasienter ti gode tips om hva de har krav på.

Kilde: Psyknyheter

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Om å møte veggen

Opp igjen! er en bok for alle som har erfart å gå på en smell. Boken beskriver trinn for trinn hvordan man kan komme seg på beina igjen – og ikke minst hvordan man kan forebygge livskriser. Opp igjen! er også for den som sto i nærheten da det smalt, og en bok om bare å være til – i en travel hverdag med stress og forventninger.

NRK-produser Petter Wallace skriver optimistisk og rett på sak om sitt møte med veggen. Wallace sitter i tv-ledelsen i NRK, som sjef for Eksternredaksjonen med ansvar for programmer som Lilyhammer, Mesternes mester og Ingen grenser.

Medforfatter Peder Kjøs er psykolog, forfatter og spaltist i ukebladet KK. Han arbeider med en doktorgradsavhandling ved Universitetet i Oslo.

Opp igjen! Vigmostad & Bjørke AS

BOKOMTALE



Boligens betydning

Hva skyldes det at antall bolig-løse i velferdssamfunnet Norge fortsatt stiger? Er det mulig å løse komplekse velferdspolitiske og boligsosiale oppgaver overfor fattige, kriminelle, rusmiddelbrukere, psykisk syke og løslatte fra fengsler?

Tema for denne boken er bolig og velferd. Forfatteren Lars-Marius Ulfrstad mener at et grunnleggende element for den enkeltes velferd er å ha en god bolig og en god boligsituasjon. Boligsosialt arbeid fordrer samarbeid mellom flere ansvarsområder. Boken handler derfor både om boligens betydning for individets velferd, om innretningen av norsk velferdspolitik og om hvordan et bredt, tverrfaglig boligsosialt arbeid kan bidra overfor den enkelte.

Velferd og bolig, Kommuneforlaget

BOKOMTALE



Barn med autisme

Dette er boken om Birk. Da han var nærmere to år, fikk han diagnosen autisme. Da startet en lang vei med læring og hardt arbeid for ham og familien – et arbeid som har båret frukter ved at Birk i dag går i vanlig klasse i barneskolen.

Boken er skrevet av Birks mor Magdalena Hernes og spesialpedagog Kenneth Larsen, som har ledet arbeidet med opplæringen. Boken gir et innblikk i hvordan det er å leve i en familie med et barn med autisme, i de utfordringene en møter, og i den støtten en kan oppnå.

Autisme og atferdsanalyse, Gyldendal

BOKOMTALE



Tverrfaglig psykososialt arbeid

Å sikre god psykisk helse og psykososial utvikling for barn og unge krever innsats fra mange tjenester og virksomheter i kommunene.

I Samhandlingsreformen går Stortinget inn for å styrke helsefremmende og forebyggende innsats for barn og unge. Tverrfaglig hjelp til utsatte og sårbare barn skal gis tidlig og helhetlig, i nært samarbeid med barn og unge selv, og familiene deres. I denne boka blir det lagt vekt på teori som er særlig relevant for og anvendelig i en lokal, tverrfaglig praksis med barn og unge.

Samhandling som omsorg, Kommuneforlaget

«Utdannelse vil si å lære noe som du ikke engang visste at du ikke visste.»

Daniel J. Boorstin, amerikansk forfatter.

BOOKOMTALE



Unge med dobbeltdiagnose

Vi møter 17 unge mennesker med psykiske og rusrelaterte problemer som hver dag kjemper en kamp for å bli anerkjent. Boken gir et nært bilde av hverdagslivet og selvforståelsen til personer med psykiske og rusrelaterte problemer, eller dobbeltdiagnose. Den synliggjør hvordan deres hverdag preges av utallige korttidskontakter med mange ukjente mennesker i et uoversiktlig bistandsapparat. Personene i boka definerer seg som rusmisbrukere, men sier at rusbruken bare er en del av dem, og de ber om å bli anerkjent og respektert som likeverdige samfunnsborgere. Boken viser hvordan mennesker som misbruker rusmidler kategoriseres som annerledes enn såkalte vanlige mennesker, og den viser deres kamp mot kategoriene.

Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer, Gyldendal

BOOKOMTALE



Lær om søvnsykdommer

Mange pasienter sliter med dårlig søvn. Denne boken tar for seg moderne utredning og behandling av ulike søvnsykdommer. Det er egne kapitler om søvn ved psykiske og fysiske sykdommer, søvn og søvnforstyrrelser hos barn, ungdom og eldre. For å belyse søvnsykdommene best mulig inneholder kapitlene pasientkasuistikker.

Boken retter seg mot helsepersonell. Forfatter er Bjørn Bjorvatn. Han er leder av Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer (www.sovno.no) og leder av Senter for Søvnmedisin ved Haukeland universitetssjukehus. Bjorvatn er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen, og tok doktorgraden i basal søvnforskning i 1995.

Søvnsykdommer, Fagbokforlaget

BOOKOMTALE



Behandling av tvangslidelser

Om og om og om igjen er en håndbok for behandlere som ønsker å tilby behandling med kognitiv atferdsterapi ved tvangslidelser. Kognitiv atferdsterapi og konkret eksponering med responsprevensjon har vist seg å være en effektiv behandlingsmetode med sterk empirisk støtte, ifølge forfatterne av boken.

Forfatterne beskriver hvordan man innhenter relevant informasjon og danner seg et helhetlig bilde av klientens tvangslidelser, samt hvordan man skaper motivasjon for behandling. Deretter beskrives behandlingsforløpet inngående og steg for steg. Forfatternes mangeårige kliniske erfaring illustreres gjennom flere eksempler som øker forståelsen for både problematikken og behandlingen. På bokens hjemmeside www.nok.se/omochom finnes det skjemaer og annet ekstramateriell til boken.

Boken er skrevet av psykologene Sandra Bates og Anna Grönberg.

Om og om og om igjen, Fagbokforlaget

BOOKOMTALE



Nyttig om nettverksmøter

Forfatterne Torunn Vigrestad og Anne Marit Hellandshølen beskriver sin egen erfaring med åpne samtaler i nettverksmøter fra arbeid med personer med psykiske lidelser, kombinert med historisk tilbakeblikk fra nettverksrelatert arbeid og teoretiske inspirasjonskilder. Begge forfatterne er sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Forfatterne ønsker å bidra til å gjøre arbeidet med åpne samtaler i nettverksmøter forståelig, håndgripelig og interessant for studenter og fagpersoner i alle deler av helse- og sosialtjenesten. Samtaler der man inkluderer pasientens eget nettverk har både lindrende og forebyggende aspekter, og slike samtaler ivaretar samtidig kravet til brukermedvirkning og ansvarliggjøring.

Åpne samtaler i nettverksmøter, Universitetsforlaget

Hvordan forholder vi oss til psykiatriens historie?

Vi må snakke mer om psykiatriens nære og fjerne historie, og ta ansvar for hva som har vist seg å være feilslått behandling.



Tekst **Anders Johan W. Andersen**, førstelektor i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder, forfatter og tidligere redaktør for Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

Dagsavisen Fædrelandsvennen i Kristiansand publiserte en tankevekkende reportasje om Arne Høyland i lørdagsmagasinet 4. februar i 2012. Høyland hadde vært tvangsinnlagt på psykiatriske institusjoner i Vest-Agder i 55 år før han ble utskrevet i 2001. I avisen kunne vi lese litt om erfaringer fra både han selv og ansatte i psykisk helsevern. Det fremkom ikke informasjon som skulle tilsi at tvangen hadde vært nødvendig gjennom så mange år, ei heller at Høyland nødvendigvis hadde lidd overlast under oppholdet. Jeg festet meg imidlertid ved et utsagn til avdelingsleder ved DPS Strømme Arne Thomassen. Ifølge Fædrelandsvennen skal han ha sagt følgende: «Arne kunne vært skrevet ut mange, mange år før. Og det var nok heller ikke grunnlag for å opprettholde tvangen over så lang tid. Men sånn var psykiatrien den gangen (...). Det er viktig ikke å se på fortidens løsninger med dagens briller.» Jeg vet ikke om han er gjengitt korrekt, men drister meg likevel til å bruke utsagnet som et springbrett til refleksjoner over hvordan vi som fagfolk forholder oss til psykiatriens historie. Etter mitt skjønn viser utsagnet til et utbredt forholdningssett innen fagfeltet,

og muliggjør derfor refleksjoner som har bredere interesse.

Lytt til historien

Ifølge den danske historikeren Anders Stensager (2008) har mennesker en forpliktelse til å lytte til fortiden og lære av den for å unngå fortidens mest fatale mistak. I dette kontinuerlige arbeidet er jeg delvis enig i at det ikke alltid er fruktbart å forstå eller felle dom over historien ut fra nåtidige innsikter. Psykiatriens historie er i sannhet en smertefull historie, og bærer med seg historier om grove overgrep og krenkelser av medmennesker. En av verdens fremste historikere på dette feltet, Roy Porter, hevder at psykiatrien på dette punktet deler skjebne med mange andre samfunnsinstitusjoner (barnevern, kirken, spesialskoler, åndssvakeomsorgen m.fl.) (Porter, 1989). Slike institusjoner for sosial kontroll utgjør en viktig kilde for å forstå samfunnets håndtering av mennesker som av ulike grunner ikke «passer inn». Disse historiene både kan og skal lære oss mye om hvem vi er, og hvem vi ønsker å være, og må utforskes konkret og detaljert. Ifølge Porter er det imidlertid urimelig å kritisere psykia-

trien spesielt for slike historiske overgrep. Psykiatriske institusjoner var ikke verre – eller bedre – enn andre institusjoner for sosial kontroll. Han argumenterer imidlertid for at psykiatrien skiller seg ut gjennom den iveren som er utvist i arbeidet med å sortere ut «de gale», og særlig gjennom «lovnaden» til samfunnet om at legevitskapen til enhver tid besitter svarene på både hva «galskap» er og hvordan det best kan behandles. Han skriver at de sanne fantaster har vært de psykiatere som uten tvil har hevdet å besitte hovednøkkelen til å forstå, beskrive og behandle «galskap» (Porter, 1989, s. 233). For å opprettholde denne posisjonen og distansere seg fra tidligere mistak, forholder psykiatrien seg til både den nære og fjerne historie primært som noe forbigått, noe vi nå er ferdig med. Dette har som konsekvens at fagfolk i egne øyne kan ri tørrskodd over nåtidig motstand og protester under dekke av at det var slik vi tenkte før. «Sånn var psykiatrien den gangen.» Om vi da snakker om fem, ti eller hundre år siden, er mindre interessant. Det er og blir historie. Nå er det helt annerledes. Det er med andre ord her jeg vil argumentere for at utsagnet til Thomassen blir for lett vint,

Arne var tvangsinnlagt i 55 år



Antakelig er det ingen gjenlevende person i Norge som har vært tvangsinnlagt like lenge som Arne Høyland.

TEKST: GRO SELAND
FOTO: TORE-ANDRÉ BAARDSEN

– Det er litt stygt, ja, sier Arne. Han blir ranset, bøyer seg framover i stolen. Skaler gjennom luke å si jeg gjerne vært hjemme på banken... Og ville være... Men det var greit å være der i Østhus. 55 år er livet mitt fra 87-åringen vært innlagt i psykiatrisk institusjon.

ETTER NOEN ÅR på et psykiatrisk sykehus, ble Arne som 25-åring overflyttet til den psykiatriske institusjonen Nordhagen i etvokst 1963. Her jobbet han til gjerdet i alle de 55 årene han bodde her, men ble skutt ut i 2001. Da var han 76 år gammel.

I løpet av alle disse årene hadde han ikke en eneste permisjon. Et par ganger var han og likte på gjerdet der han var oppkalt, på Herland. Andetid, når de var ute på kjøretur. Men Høyland var da aldri inn på arbeid.

– Jo, jeg ville nok gjerne ha flyttet fra Lovland. Men hva med det? Det var jeg ikke, sier Arne når vi spør.

I dag bor Arne i kommunale bolig i Kommunale bolig og -og særloven i kommunale bolig. Her flyttet han da kommunen overtok ansvaret for alle de psykiatiske som ble utskrevet etter at den nye loven om psykiatriske behandlere ble vedtatt i 2001. For første gang i livet er han blitt utskrevet igjen. Han kan leve der som han vil, sjønn for de han vil ha bosted, og betale for den sjønn han ønsker og behøver.

PÅ GAMLE TIDDER:

Arne Høyland ble innlagt i Lovland i 1963. Det var greit for ham, men det var ikke alltid så enkelt. Han hadde kommet seg i andre etasje 12 uker.

ARNE VIL OPPVOKST på gård og vent til pleidearbeid. På Østhus, men senere ble innlagt til Lovland, arbeidet han i fjern. Mellom middag og kveld. Da ble det en time for å gå ut, da det var omkring 25 kyllinger på fjern. Senere ble det mer og mer arbeid og mer arbeid. Arne ble det mer og mer arbeid, og han var med og slapp.

FÆDRELANDSVENNEN - LØRDAG 4. FEBRUAR 2012

STERK HISTORIE: Arne Høyland har vært tvangsinnlagt mesteparten av sitt liv. Lørdag 4. februar i år hadde avisen Fædrelandsvennen en reportasje om ham.

og vanskeliggjør arbeidet med å lære av det som viste seg å være feilslått i måten vi forholdt oss til mennesker tidligere. Slike utsagn bidrar til å kamuflere maktforhold knyttet til de faglige valg som til enhver tid gjøres i tjenestene.

Kunnskapsmakt

Thomassen uttrykker selv at det ikke var grunnlag for å opprettholde tvangen over så lang tid. Han sier etter sigende at Høyland kunne vært utskrevet mange, mange år før. Hvordan ble det da slik? Et svar om at sånn var det før, blir for meg for lite opplysende og noe defensivt. Det har ikke manglet på verken skriftlige eller muntlige fortellinger fra pasienter og pårørende (Larsen & Andersen, 2011), og kritikken mot de totale institusjonene har vært kjent og anerkjent de siste 50 år (Andersen, 2010). Så uvitende om at en slik praksis kunne være lite helsefremmende, var det vanskelig å være. Var det da ikke mulig å tenke og endre praksis tidligere? Fantes det ikke alternativer? I 1976 skriver den norske sosiologen Yngvar Løchen følgende: «Psykatrien er i

ferd med å gli inn i en ny fase som kan karakteriseres med moteordene; ut av institusjon, ambulant psykiatri, forebyggende arbeid, «community»-psykiatri, distriktpsykiatri, forebyggende arbeid» (Løchen, 1976, s. XIV). Deinstitutionaliseringen og desentraliseringen av psykiatrien startet for alvor på 70-tallet med både faglige og politiske begrunnelser, og årene som fulgte gav flere eksempler på hvordan det kunne gjøres bedre både nasjonalt (Skårderud, 1984) og interna-

sjonalt (Harding et al., 1987). Fagfolk kunne med andre ord tenkt og handlet annerledes tidligere enn 2001 også på Sørlandet. Det kan derfor være grunn til å støtte analysen som fylkeslegen i Vest-Agder, Kristian Hagestad uttrykker i Fædrelandsvennen samme dag: «Vest-Agder var ikke noe pionerfylke i denne

prosessen.» Både gjennom samtidige og nåtidige briller valgte både fagfolk og politikere på Agder en konservativ, tradisjonsbevarende linje i psykiatrien. Da blir det ikke bare et spørsmål om å forstå historien med dagens briller eller ei, det aktualiserer også spørsmålet om hvilke briller man velger å sette på seg til enhver tid. Valg av briller handler i denne sammenheng om utøvelsen av en kunnskaps- og profesjonsmakt, om hvilken kunnskap som velges til å regu-

«Et svar om at sånn var det før, blir for meg for lite opplysende og noe defensivt.»

lere praksis. Og her er det vel også grunn til å diskutere ikke bare gårsdagens, men også dagens «brillevalg» i ulike tjenester både i sør og nord.

Om å påta seg ansvar

Historien blir både formet av og former vår forståelse av virkeligheten. Den kan

brukes som brekkstang for å forstå vår egen samtid bedre, og kan være avgjørende i tider der vi blir utfordret til endring. Ifølge norske helsemyndigheter er den største utfordringen til psykisk helsefeltet – som det nå heter – nettopp å skape endringer i kulturer, holdninger og verdier (Rogan, 2011). En klargjøring og bevisstgjøring av hva vi har med oss av tradisjoner og tenkemåter kan på mange måter være helt avgjørende for at dette endringsarbeidet skal lykkes. Det fordrer at vi går i dialog med historien både lokalt, nasjonalt og internasjonalt, og lytter til ulike stemmer fra ulike posisjoner. Dette kan medføre et sonings- og forsoningsarbeid der fagfolk må være villige til å påta seg et visst ansvar for både tenke- og handlingsformer som de selv ikke nødvendigvis var en del av som konkrete personer, men som de blir en del av i kraft av utdanning og posisjon i det samme feltet. Et slikt arbeid kan samtidig muliggjøre et mer bevisst forhold til tankegods som blir nedfelt i våre kropper gjennom både utdanning og praksis, og som kommer til syne gjen-

nom foretrukne handlingsmønstre i gitte situasjoner. På en måte kan dette åpne for et forsoningsarbeid for de krenkelses som er påført mennesker i det godes tjeneste. Hvilke andre sirkler av refleksjon og tenkning kunne vært utløst om Arne Thomassen hadde svart annerledes? Hva om han hadde sagt noe slikt: «Det er dypt beklagelig at Arne Høyland ble holdt tvangsinnlagt i 55 år, og er uttrykk for en formyndermentalitet i tjenestene som vi kontinuerlig arbeider for å holde i sjakk. Vi burde tidligere latt Arne Høyland selv fått muligheten til å velge hvor og hvordan han ønsket å leve sitt liv.» Hadde det gjort en forskjell? Eller er det kun spill med ord?

Avslutning

Min bekymring er at vi ikke snakker nok om hvordan vi forstår psykiatriens både fjerne og nære historie. Det er derfor en glede at flere stemmer uttrykker seg om dette, og min oppfordring blir å intensivere denne samtalen mellom både nåværende og tidligere pasienter, pårørende, fagfolk, forskere med utgangspunkt

i spørsmålet: Hva skal til for at vi kan bruke innsikter og lærdom fra historien på måter som kan føre oss i front internasjonalt i det kontinuerlige arbeidet med å skape et anstendig og variert tilbud til mennesker med psykiske problemer? ■

Referanser

1. Andersen, A. J. W. (2010). En varnittig historie. Omsorgen for sinnslidende i Aust-Agder. I A. J. W. Andersen, I. B. Larsen & O. Söderhamn (red.), Utdanning til omsorg – i fortid, nåtid og fremtid. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
2. Harding, C. et al. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718-728.
3. Larsen, I. B. & Andersen, A. J. W. (2011). En hellig plikt - Hvordan beskriver brukere av psykisk helsevern seg selv, og hvilke motiver oppgir de for å nedfelle sine erfaringer skriftlig? *Klinisk sygepleje*, 25(1), 38-47.
4. Løchen, Y. (1976). Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
5. Porter, R. (1989). *A Social History of Madness. Stories of the Insane*. London: Weidenfeld & Nicholson.
6. Rogan, T. (2011). Paradigmeskifte i norsk psykisk helsearbeid. I A. J. W. Andersen & B. E. Karlsson (red.), *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
7. Skårderud, F. (1984). *Farvel til institusjonen*. Oslo: Gyldendal.
8. Stensager, A. O. (2008). *Nazilægen Josef Mengele: liv og forbyrdelse*. Hellerup: Documentas.

Ta enkel søvntest

På sovno.no kan du raskt ta en test som viser om du har en søvnlidelse. Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Sovno har utviklet en test som i løpet av noen minutter kan gi deg en pekepinn på om du har en søvnlidelse. I løpet av testen får du spørsmål om alt fra døgnrytme og humør, til om du snorker eller går i søvne. Etter at du har svart på spørsmålene, kommer det opp en side som forteller hva slags søvnsykdom du eventuelt har. Du får vite hva som kjenner seg ut denne lidelsen og hva slags behandling som kan være aktuell. Testen dekker alle de seks ulike diagnosegruppene; insomni,

søvnåpne, restless legs, hypersomni, døgnrytme-forstyrrelse og parasomni.

På nettstedet kan du lese mer om de ulike diagnosene. Der finnes også anbefalt faglitteratur om søvnlidelser.

Sovno er hjemmesiden til Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer. Kompetansesenteret driver formidling, forskning og fagutvikling innen søvn.



Inspirerende konferanse på Trollfjord

Årets gruppelederkonferanse gikk av stabelen mellom Tromsø og Trondheim, om bord på Trollfjord. En rekke interessante temaer ble belyst. Tekst Peter Hee, lokalgruppeleder LPS Rogaland

LPSs landsstyre og lokalgruppeledere var samlet for å bli oppdatert og inspirert fra 9.–11. mars. Rammen var konferansefasiliteter på Hurtigrutens nyeste skip «Trollfjord».

Vi «påmønstrede» i Tromsø natt til fredag med kurs imot Trondheim, hvor vi ankom søndag morgen. Bakgrunnen for denne ramme var dels vår måte å feire NSF's 100-års jubileum og dels var reisen symbolsk på den måte at vi gjennomførte en reise i NSF/LPS sin historie: samle oss om hva psykiatrisk sykepleie egentlig er og hadde vært og hva vi er ved å bli til.

Eksterne bidragsyttere

Vi hadde en innledende oppvarmingsrunde hvor alle representanter fra lokalgruppene fortalte om erfaringer, gleder og sorger i lokalarbeidet.

Eksterne bidragsyttere på denne konferanse var – som vanlig – vår gode venn, Svein Roald Olsen fra avdeling for sykepleie og profesjonsutvikling, NSF, Oslo og generalsekretær for Mental Helse, Bjørn Lydersen.

Svein oppdaterte oss på sentrale strategier fra NSF, spesielt vedrørende arbeidet rundt rus og psykisk helse. Bjørn Lydersen ga oss solide innspill til ettertanke med innlegget «Hvem er dere til for og hvilke følger får det».

Dette inneholdt en utfordring til oss med å reflektere på ny over begrepet brukermedvirkning og om vi vektlegger dette begrep godt nok. Er vi der hvor vi bør være? Bjørn Lydersen er overbevist om at vi bør strekke oss lengre. Dette er det stor enighet om – brukermedvirkning skal utvikles enda mer. Vi skal være proaktive her.

Gruppearbeid

I gruppearbeid om LPS handlingsplan drøftet vi strategiske og operative valg som kan gjøre vårt LPS-arbeid i overensstemmelse med strømninger i samfunnet. En strategi som vi ønsker styrket er systematisk samarbeid med Mental Helse om psykiske helseforhold. Blant annet om tilrettelegging av fagdager og konferanser hvor deres innspill kan sikre innhold og retning som gjør at brukere blir inkludert.

Vi hadde fokus på samhandlingsformen, den nye kommunale helse- og omsorgslov, samt folkehelseoven – nok de viktigste nye strategier som stiller utfordrende krav også til sykepleiegruppen.

Olav Bremnes hadde et interessant innlegg med analyse av vanskelige punkter i samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenestene.

Nyttige innlegg

Det ble snakket om våre landskonferanser. Torfrid Johansen fortalte fra Buskerud om gledelige opplevelser i forbindelse med deres planlegging og avvikling av landskonferansen i 2011. Det ble kikket framover mot den neste konferanse i Kristiansand i mai, og det ble delt tanker om å endre økonomiopplegget slik at overskudd fra landskonferanser framover eventuelt kan være med å finansiere mer frikjøpt tid til landstyrelederen. 26 prosent er definitivt ikke nok tid til denne oppgave.

Det var en interessant konferanse hvor konsentrasjonen var stor. Tiden gikk fort, og det var med passende mellomrom landgang underveis med besøk i byene hvor vi la til. Noen av oss sluttet dagene i jaccuzien på øverste dekk – dette var litt utfordrende. Der satt vi i snø og sludd og hagl og storm, disse nordiske menn og kvinner med badetøy og luer i boblebadet – det har sikkert gitt anledning til noe undring hos de utenlandske reisende som vandret rundet på dekket i det barske vinterværet iført tykke frakker, votter og luer.

Dette var en meget flott faglig opplevelse i et inspirerende selskap. Jeg takker selv for at jeg fikk være med på dette. Takk for inspirasjon. ■

Se hva som skjer

Her er siste nytt fra noen av lokalgruppene.

Foto Colourbox

LPS Møre og Romsdal: Konferanse med debatt

LPS Møre og Romsdal planlegger en ny dagskonferanse. Dato og innhold for konferansen er ikke avklart i skrivende stund, men hovedtemaet blir om organiseringen av tjenestene til psykisk syke. Vi vil sette fokus på om opptrappingsplanen har gitt de ønskelige resultater på det kommunale nivået og om de spesialiserte tjenestene i psykisk helsevern bør være desentralisert. Vi ønsker en debatt om organiseringen av helsetjenestene og hvilke effekter dette har for den enkelte bruker.

Årsmøtet blir lagt til pausen på denne dagen.

Har du synspunkter og ideer, ta gjerne kontakt med synnovy@hotmail.com

Hilsen Anne Solvåg



LPS Rogaland: Nye medlemmer i styret

LPS Rogaland hadde årsmøte den 15/3, og der er skjedd endringer i styrets sammensetting. Følgende forlater styret: nestleder Kristin Hatløy, styremedlem Carina Paulsen og varamedlemmer Irene Håland og Sissel Haugvaldstad.

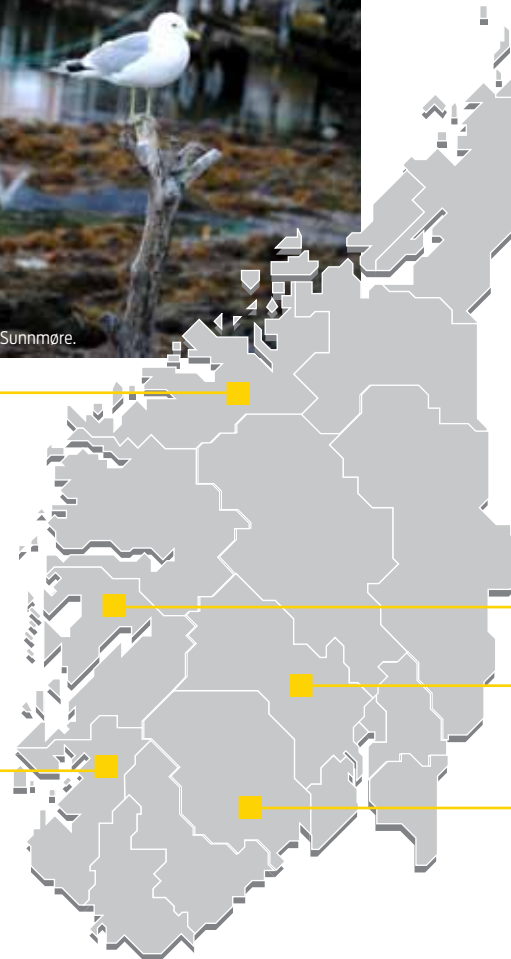
Nye i styret er: Stig Midtgård, avdelingsleder, psykisk helse, Stavanger Kommune og Stig Bjønnes, konsulent på Undervisningsavdelingen, Stavanger Universitets sykehus. Litt utfordrende for oss med disse to karer for de heter begge Erlend til mellomnavn og er født i 1974! Vi lærere det etter hvert. Dessuten Marit Steen, fagleder på Tasta-Eiganes HSK, Stavanger Kommune og Mette Gjøvåg, Styrer på Strand Psykiatriske senter.

Øvrige i styret er kasserer Elin Andersen og Sekretær Robert Jørgensen og undertegnede.

Et av punktene i vår årsplan er å delta i å markere NSF's 100-årsdag i mai måned. I Stavanger foregår det på Arneageren fredag den 11. mai kl 12 – 16.

Et annet punkt på vår årsplan er å ha et sterkere fokus på samarbeid med brukerorganisasjonen Mental Helse, fordi LPS ønsker et generelt sterkere fokus på brukermedvirkning.

Hilsen Peter Hee Andersen





Sommerstemning i Lofoten.

LPS Nordland: Skal starte facebookgruppe

Vi planlegger oppstart av facebookgruppe med målsetting om å bedre kontakten mellom styret og medlemmene. Det har vært en del vanskeligheter med medlemsregistrering og mailtilgang. Dessverre har dette medført at ikke alle våre medlemmer har fått informasjon som er sendt ut.

Styret ønsker videre å arbeide med bevisstgjøring om faglig ståsted og identitet. Vi ønsker også å arrangere et skrivekurs i regi av NAPHA for medlemmene.

I forrige nummer av Psykisk helse og rus var det mange flotte bidrag fra Nordland. Dette er vi stolte av. Vi vil oppfordre medlemmene i Nordland til å komme med bidrag til høstens nummer.

Årsmøte ble avholdt 21.02.12 i Bodø. Nytt styre ble valgt. Marit Larsen ble ny leder. Styret består forøvrig av Morten Westgård, Rita Hove, Trine Nyjordet, Ann Karin Lyngved, Gro Anita Ytterstad og Siw Elisabeth Olsen.

Hilsen Siw Elisabeth Olsen



Bryggen i Bergen.

LPS Hordaland: Utskiftninger i styret

På årsmøte vårt i februar ble det utskiftninger i styret. Lillian Thomsen, Thomas Nag, Thor Christian Bjelland og Bjarne Aannevik trekker seg. Vi takker for deres innsats og vi vil spesielt trekke frem og takke Bjarne Aannevik for en lang og tro tjeneste i LPS.

Så vil vi ønske tre flotte personer velkommen inn i styret: Laila Karin

LPS Buskerud: Vellykket årsmøte

LPS Buskerud opplever stort engasjement blant våre medlemmer. Vi har troen på at vi som faggruppe kan bidra til at faget vårt kan få enda større plass i vårt helsevesen.

På årsmøtet hadde vi invitert Heidi Brandt som til daglig jobber som Avdelingsleder på DPS Buskerud for å si noe om samhandlingsreformen. Ellers ble årsrapporten for 2011 lagt fram. Den viser blant annet at økonomien er god. May Bente Hagen ble valgt inn som ny representant i styret. Ellers

Spjeld, Valborg Sweeney og Liv Anna Kjesæth.

Vi har startet planlegging av årets medlemsmøter. Foreløpig plan er et medlemsmøte på Empo, flerkulturelt ressurscenter i Kirkens Bymisjon den 23. April. Tema vil vi komme tilbake til. Videre vil vi prøve å få til et medlemsmøte i slutten av mai med rus som tema.

Hilsen Laila H. Forsberg

så sitter Torfrid Johansen som leder, Hege Rognerud nestleder, Elin Gjemse sekretær, Espen Rolland som kasserer, Tone Tviberg som styremedlem. Foreløpig plan for 2012 er:

- 10. mai vil LPS Buskerud markere at Norsk Sykepleierforbund fyller 100 år.
- Torsdag 7. juni kl. 18.30 vil det være sommertreff/fagkafe på Lizzis.
- Torsdag 6. september vil det arrangeres seminar på Haugestad.

Hilsen styret LPS Buskerud

LPS Telemark: Starter vervekampanje

Årsmøte i LPS Telemark i 2011 konkluderte med at lokalgruppa reduserte aktiviteten på grunn av lite respons fra medlemmene. På årets årsmøte var det stemning for å prøve å komme i gang igjen!

Ny leder i styret er Gitte Slåtta. Resten av vervene er ikke fordelt ennå, men styret består i tillegg av: Anne Ma Heldal, Anne W. Hørte, Vegard Moen, Inger Sissel Løberg og Aud Berge Waskaas.

Styret har startet diskusjonen om målsetting og planer fremover. Vi ønsker oss flere medlemmer. Vi starter derfor en vervekampanje for medlemmene i LPS. Den som verver flest medlemmer vinner en iPad. Mer informasjon blir sendt på e-post til våre medlemmer. Medlemmer som ikke er registrert med e-post bes om å sende oss dette til gitte.slatta@sthf.no

Hilsen Gitte Slåtta

LPS fylkesledere 2012-2013

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

Etterlyser kandidater til styret

Det skal velges nytt styre i Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere, så meld ditt kandidatur til nominasjonskomiteen.

Tekst **Bent Åge Stenberg**

Nominasjonskomiteen vil med dette orientere om arbeidet så langt med å finne kandidater til årets Generalforsamling i LPS, som vil bli avviklet 8. mai 2012 under Landskonferansen i Kristiansand. Da skal det for to år velges nytt styre i LPS, og vi vil trenge flere kandidater slik at vi får et reelt valg.

Sykepleiere fra rusfeltet er nå blitt en del av faggruppen, og da bør det nye styret ha en representant fra dette fagfeltet.

Vi ser at gjennomsnittsalder for styret er ganske høy, og det er ikke rett at de unge sykepleierne ikke er representert i

styret. Derfor ønsker vi flere kandidater fra den yngre garde. Når vi nominerer et nytt styre ønsker vi også at hele landet er representert, og det kan vi få til med mange kandidater. Derfor oppfordrer vi alle til å vurdere sitt eget kandidatur eller en kollega sitt kandidatur, og melde dette til meg eller andre i nominasjonskomiteen.

Jeg husker godt min egen usikkerhet da jeg gikk inn i styret i 2001, og trodde ikke jeg hadde kapasitet til å gå inn i dette samtidig som jeg var småbarnsfar. Men det gikk mye bedre enn jeg fryktet, og

ting går seg til. Da jeg gikk ut etter ni år var jeg svært takknemlig for alt jeg hadde lært, alt det jeg hadde opplevd, og de gode og nære relasjoner jeg hadde fått i et stabilt og godt landsstyre.

Så herved er det bare å kaste all usikkerhet til side og melde ditt kandidatur! ■

Nominasjonskomiteen:

Bent Åge Stenberg: bentstenberg@yahoo.no
 Anne Lill Haabeth: annelillhaabeth@hotmail.com
 Karina Sebergesen: ksebergesen@gmail.com
 Hege Rognerud: Hege.Rognerud@vestreviken.no
 Henning Nedberg: Henning.Nedberg@helse-mr.no

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 mottatt innenfor psykisk helsevern. Artikkeleffatterne 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



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

Clarion Hotell Ernst som 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 påmeldingsskjema finner du på neste side. ■



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

Landskonferansen 7. – 9. mai

«Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet» – hvor går vi i 2012?

Programmet med elektronisk påmeldingsskjema finnes på www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere

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 Larry Davidson, 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. Ved Arve Almvik, faglig rådgiver, Nasjonalt kompetansesenter i psykisk helsearbeid. Foredraget bygger på studien "Helhet og sammenheng" som belyser den daglige hjelpen som ansatte og brukere i to ambulante team erfarer som god.
12.15	Lunsj
13.15	Person-centred nursing in mental health care: theory and practice. Ved Brendan George McCormack, Professor of Nursing Research/Director of the Institute of Nursing Research.
14.15	Pause
14.30 -17.00	Parallelle sesjoner. Frie foredrag. Sykepleie innen fagfeltene psykisk helse og rus. Sesjon 1 Helsepersonell si praktisering av kognitiv atferdsterapi. Ei spørjeundersøking. Ved <i>Siv Iren Juklestad</i> , høgskulelektor, Høgskulen i Sogn og fjordane Kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet for pasienter med dobbeltdiagnoser (ROP) – sentrale aspekter som bidrar til opplevelse av læring og mestring. Ved <i>Lisbeth Borge</i> , 1. lektor, Diakonhjemmet høgskole Når vage bekymringer blir bekreftet. Om betydningfull oppfølging for helsepersonell som opplever at en pasient tar sitt eget liv? Ved <i>Gry Bruland Vråle</i> , 1. lektor, Diakonhjemmet høgskole Sesjon 2 « Lite og godt eller trangt og smått»- om psykiske helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland. Ved <i>Toril Beate Masvie</i> , høgskulelektor, Høgskolen i Nesna. En intervensjon med fokus på relasjon og mestring bedrer behandlingsmiljøet for psykiatriske pasienter. Ved <i>Randi Slettebø Bendiksen</i> , klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Sokndal kommune
18.00	Velkommen til mottakelse i Kilden.

DELTAKERAVGIFT forskningskonferansen 7.mai kr. 1000. Brukerorganisasjoner samt erfarere kr. 750. I deltakeravgiften inngår faglig program, kaffepauser og lunsj mandag.

TIRSDAG 8. MAI	
	LANDSKONFERANSEN 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	Kaffepause med utstiller-besøk
10.20	«Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet». Hvordan beskriver skandinaviske brukere av psykisk helsevern sine erfaringer med den hjelpen de ble tilbudt? Ved førsteamanuensis <i>Inger Beate Larsen</i> og førstelektor <i>Anders J. W. Andersen</i> , Fakultet ved Helse og idrett, Psykisk helsearbeid, Universitetet i Agder.
11.15	Må man være frisk for å være medborger? Ved dekan <i>Trygve Wyller</i> , Teologisk Fakultet, Universitetet i Oslo
12.15	Lunsj
13.15	Samhandling - sololøp eller lagspel? Ved spesialist i psykiatri <i>Trond Aarre</i> , avdelingssjef, Nordfjord psykiatrisenter og fagsjef, Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen
14.15-15.30	Parallelle 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 psykose. Ved psykolog og doktorgradstipendiat <i>June Lystad</i> , Oslo universitetssykehus. 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 utstillerbesøk.
15.45	Generalforsamling.
20.00	Festmiddag.

DELTAKERAVGIFT Landskonferansen 8. og 9. mai kr. 3750 i deltakeravgiften inngår faglig program, kaffepauser, lunsj tirsdag og onsdag og festmiddag tirsdag. Tillegg til deltakeravgiften for ikke-medlemmer i LPS kr 500.

ONSDAG 9. MAI	
09.00	Historier om endring. Møteleder: Inger Beate Larsen
09.00	Selvskading – et språk. Ved erfaringskonsulent <i>Karianne Marlena Zakariassen</i> , ABUP Sørlandet og overlege Kirsten Djupesland, avdeling for barn og unges psykiske helse, Kristiansand
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 Haarr</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.F.
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
15.00	Vel hjem

Har du husket å melde deg på?

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

STED: Clarion Hotel Ernst, Kristiansand

OVERNATTING: pr/pers/natt:
Enkeltrom **kr. 1080**
dobbeltrom **kr. 600.**

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

Ved påmelding etter 1.februar påløper et gebyr på **kr. 300 /10.april kr. 500.**

Påmelding ved konferansestart **kr. 750.**

PÅMELDINGEN SENDES TIL:
KURS OG KONGRESSERVICE,
«LPS», 7340 OPPDAL

Fax 72 42 34 40,
e-post: post@kursokongress.no. For spørsmål tlf 72 42 34 48

BETALING: Faktura/bekref-
telse på bestillingen sendes

normalt ut etter 20. februar.

Dersom faktura ønskes sendt til en annen adresse enn jobbadressen vil det påløpe et faktureringsgebyr på **kr. 50.**

Det er viktig å påføre riktig fakturaadresse og evt. bestillingskode.

Bekreftelse blir sendt til deltakeren og faksturen til oppgitt fakturaadresse

AVBESTILLING:
Kun skriftlig avbestilling. Avbestilling etter 15.februar **kr. 400.**

Etter 1.mai betales full deltakeravgift inkl. bestilt overnatting/bespisning.

REISE: Spørsmål vedr. flytider/priser kan fåes hos:

BERG-HANSEN
REISEBUREAU, TRONDHEIM.

Tlf. 73 10 4717 v/Wenche Foss.
E-post: wefo@berg-hansen.no

PÅMELDINGSSKJEMA. LANDSKONFERANSEN 2012

Sendes: KURS & KONGRESSERVICE «LPS», 7340 Oppdal. Fax:72 42 34 40. Vennligst bruk blokkbokstaver.

Etternavn	Fornavn
Tittel	Arb.sted
Adresse arb.....	Pnr/sted
Tlf.	E-post
Bemerkning/spesiell diett/annen fakt.adresse/best.kode mm:	
<input type="checkbox"/> Er medlem av LPS <input type="checkbox"/> Brukeorg./erfarer <input type="checkbox"/> Ønsker å delta på <input type="checkbox"/> Forskningskonferansen <input type="checkbox"/> Landskonferansen 2012	
Påmelding til parallelle sesjoner Tirsdag 8. mai kl. 14.45-15.00. Sesjon nr.	
Overnatting	
<input type="checkbox"/> Ønsker ikke overnatting <input type="checkbox"/> Ønsker overnatting i enkeltrom <input type="checkbox"/> Ønsker overnatting i dobbeltrom sammen med.....	
Ankomst dato	Avreise dato
<input type="checkbox"/> Ønsker røykerom	
Sosialt arrangement: Påmelding til mottakelse av Kristiansand kommune i Kilden mandag kl 18.00 (GRATIS)	
<input type="checkbox"/> Ønsker å delta på mottakelse mandag 7. mai kl. 18.00	
<input type="checkbox"/> Ønsker tilsendt bestillingsskjema for fly	

AMBULANSE ER BEST: Ambulanse med personell som er kvalifisert til å ta hånd om mennesker med psykiske helseproblemer, bør hente de som trenger hjelp.

Ambulanse i stedet for politi

I Bodø jobber en arbeidsgruppe for å få slutt på at politiet henter pasienter som har psykiske helseproblemer. Målet er at de syke skal bli hentet av ambulanse med kvalifisert personell. Tekst Heidi Heinrich, leder for arbeidsgruppen Foto Colourbox

Per i dag har politiet i Bodø årlig mellom 400 og 500 oppdrag knyttet til psykisk helseproblematikk. Å bruke politiet til å transportere personer med psykiske helseproblemer er nedverdiggende, medfører sladder og er stigmatiserende. Det er en uverdigg behandling av personer som ikke har gjort noe kriminelt, men er syke.

Dette ønsker lokallaget for Mental Helse i Bodø å gjøre noe med. Vi mener at alle mennesker har rett til å bli behandlet med respekt og verdighet og at psykiatriske pasienter har krav på transport på lik linje med andre pasienter.

Arbeidsgruppe

Det er etablert en arbeidsgruppe bestående av Mental Helse Bodø, Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP), Marborg, Batteriet i Nord, We

shall overcome (WSH), representant fra Lærings- og mestringscenter og erfaringskonsulenten ved Nordlandssykehuset. Arbeidsgruppen har bestått siden juni 2011 og målet for engasjementet er å bidra til at mennesker med psykiske problemstillinger får ivarettatt sin verdighet og integritet også når krisen er av en størrelse som tilsier transport til institusjon. I forbindelse med dette har det blitt avholdt en temakveld med paneldebatt i november i fjor. Det har også vært en god del reportasjer og innlegg i avisa.

Kvalifisert personell

Det vi vil er å få ambulansetjenesten ved Nordlandssykehuset til å ta i bruk ambulansebil med kvalifisert personell i stedet for politibil ved transport av akutt psykisk syke. Med kvalifisert personell mener vi personell med bred

fagkompetanse på psykisk helse området og kompetanse som går ut over den vanlig ambulansepersonell besitter. Slik vi ser det, er ikke en egen ambulansebil det viktigste, men personellet i tillegg til ambulansepersonell.

I forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 3, er det klart nedfelt at ambulansetjenesten har et ansvar for å utføre transport av alle typer pasienter – også de med psykiske helseproblemer.

Ved å hente psykiske syke pasienter med ambulansebil kan aggresjon, frykt og utrygghet dempes og voldelige situasjoner forhindres. Det handler først og fremst om verdighet og trygghet.

Arbeidsgruppen møtes med jevne mellomrom for å ta små skritt om gangen. Vi er klar over at ting tar tid og at vi må være tålmodig, og ikke miste målet av synet. ■

Nytt nettverk samler flere typer fagfolk

Nasjonalt temanettverk for psykisk helsearbeid samler fagfolk fra praksisfeltet, erfaringsformidlere, forskere og studenter. Tekst Tove Elisabeth Johnsen, prosjektleder Illustrasjon Colourbox

Universitetet i Agder, www.uia.no og Praxis Sør har på oppdrag fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid www.napha.no etablert et nasjonalt temanettverk for brukerkunnskap innen psykisk helse. Det er et treårig prosjekt som varer fra 2010 til 2013. Nettverket samler fagfolk fra praksisfeltet, erfaringsformidlere, forskere og studenter – et firepartssamarbeid hvor alle aktiviteter rettes mot utvikling av brukerkunnskap.

God respons

Temanettverket bygger på erfaringer fra Praxis-Sør-samarbeidet mellom forskning og praksis. Kommuner og brukermiljøer ble invitert til å delta med prosjekter om brukerkunnskap. Responsen var gledelig stor. Nettverket har hittil arbeidet med 14 prosjekter i nesten ett år. Prosessen fra prosjektidè til formidling er organisert i arbeidsmetoden: «Kunnskapsutvikling på arbeidsplassen – brukerkunnskap». Vi veksler mellom undervisning, veiledning og samlinger hvor deltakerne formidler fra arbeidsprosessen.

Det blir gitt metodeundervisning i «Bruker spør bruker», i tillegg til fellesundervisningen for å styrke erfaringsformidlerne i prosjektene. «Brukerforum» i regi av ROM-Agder og A-larm støttes økonomisk av prosjektet. Det er et åpent

forum organisert av erfaringsformidlere. Fagpersoner fra kommuner kan delta.

Skrivekurs

Skriveuke og skrivekurs er tilbud til deltakerne. Ut fra erfaring vet vi at skrivefasen kan være den tøffeste å komme gjennom når praktikere og erfaringsformidlere arbeider med utviklingsarbeid. Bestått eksamen gir 10 studiepoeng. De som ikke tar eksamen kan velge andre formidlingsformer som film, artikkel, undervisningsopplegg, fortelling med mer.

Prosjektene 2011 - 2012

Mange spennende prosjekter er på gang:

- Fire prosjekter i aktivitetssentre, brukere og ansatte deltar i et likemannsarbeid i prosjektene.
- Ett prosjekt undersøker naturens betydning for brukere i et friluftstiltak.
- Et brukerstyrt senter driver kreativ skrivegruppe – har det betydning for bedringsprosesser?
- To prosjekter i bofellesskap hvor det bor brukere som tidligere har hatt institusjon som bolig i mange år.
- Psykisk helse og rusteam - klient- og resultatstyrte samtaler (KOR).
- Oppfølgingstjenesten for rus og psykisk helse – vil kvalitetssikre brukermidvirkning.
- Interkommunalt samarbeid, inkludert

DPS – brukermidvirkning i små kommuner.

- Samhandling mellom kommuner, DPS og LPP i kommuner i Vest-Agder.
- Pårørendeorganisasjon (LPP) – hvordan opplever de tjenestene i kommuner.
- Brukerorganisasjon (PRO Lar) - SMIL – styrke foreldrerollen for mødre i LAR behandling.

Deltakerne i denne prosjektrunden er: Kristiansand, Songdalen, Mandal, Lindesnes, Arendal, Setesdalsnettverket (Eveje og Hornnes, Bygland, Bykle og Valle), DPS Aust-Agder, Bærum, Landsforeningen for pårørende i Vest- og Aust-Agder, Mental Helse Vest- og Aust-Agder, PROlar og brukerstyrt senter ROM-Agder.

Utvidelse av nettverket i 2012-2013 – du er velkommen til å delta. I april 2012 tar vi inn nye prosjekter og vi ønsker flere deltakere fra andre deler av landet.

Ønsker du mer informasjon, kontakt prosjektleder Tove Elisabeth Johnsen, UIA, mobil 99233070 eller få ytterligere informasjon på nettsiden <http://www.uia.no/no/div/sentre/praxis-soer>. ■



BADEROM PÅ GAUSTAD: Norges eldste psykiatriske sykehus, Gaustad i Oslo, var preget av alderdom da dette bildet ble tatt i 1974. De sanitære forholdene var til dels dårlige. Mange pasienter bodde på store saler og på noen saler flakket malingen av. Den originale bildeteksten til dette bildet fra 26. februar 1974 er som følger: «Badene på avdeling CK på Gaustad sykehus er antagelig fra første tiden da sykehuset ble bygget i 1855. I denne bygningen har det ikke vært noen vesentlige forbedringer siden 1928. Her på avdelingen bor det 44 personer og de fleste er sterkt handikappede langtidspasienter.»

Gaustad ble grunnlagt av Herman Wedel Major. Planleggingen startet 1844 og åpningen fant sted i 1855. Det var opprinnelig beregnet for 300 plasser, men hadde i 1950-årene et belegg på 640 pasienter. Sykehuset var eid av Staten til det ble overtatt av Oslo kommune i 1985.

Tips! I dag er det museum i første etasje i bygg 11 på Gaustad. Der finnes blant annet en samling håndlagde nøkler. Disse ble laget av pasienter som ville rømme. Nøklene ble filt til av bein, tre, skaffet på spisebestikk og tannbørster.

Kilder: Scanpix, oslo-universitetssykehus.no og snl.no (Store norske leksikon)





Den syke normaliteten

– beskrivelser av psykiske lidelser i det offentlige rom

Hvordan blir psykiske lidelser beskrevet i norske informasjonskampanjer?



Av Anders Johan W. Andersen, førstelektor i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder, forfatter og tidligere redaktør for Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

I følge verdens helseorganisasjon er sviktende psykisk helse en økende utfordring for folkehelsen i de vestlige land (WHO, 2008). Organisasjonen anser helseopplysning og antistigmakampanjer som en svært viktig del av arbeidet med å redusere diskriminering og øke bruken av psykisk helsetjenester (WHO, 2001, s. xii). Informasjonsspredning er følgelig også viktig for norske myndigheter for å alminneliggjøre og øke kunnskapen i befolkningen om psykiske lidelser (St.prp. 63, 1997-98, s. 11). I behandlingsapparatet har det de siste 30 årene utviklet seg en psykoedukativ behandlingstradisjon der nettopp informasjon og kunnskapsdeling er et viktig ankerfeste. Pasienter og pårørende undervises om psykiske lidelser og hvordan de kan leve med sine psykiske handikap.

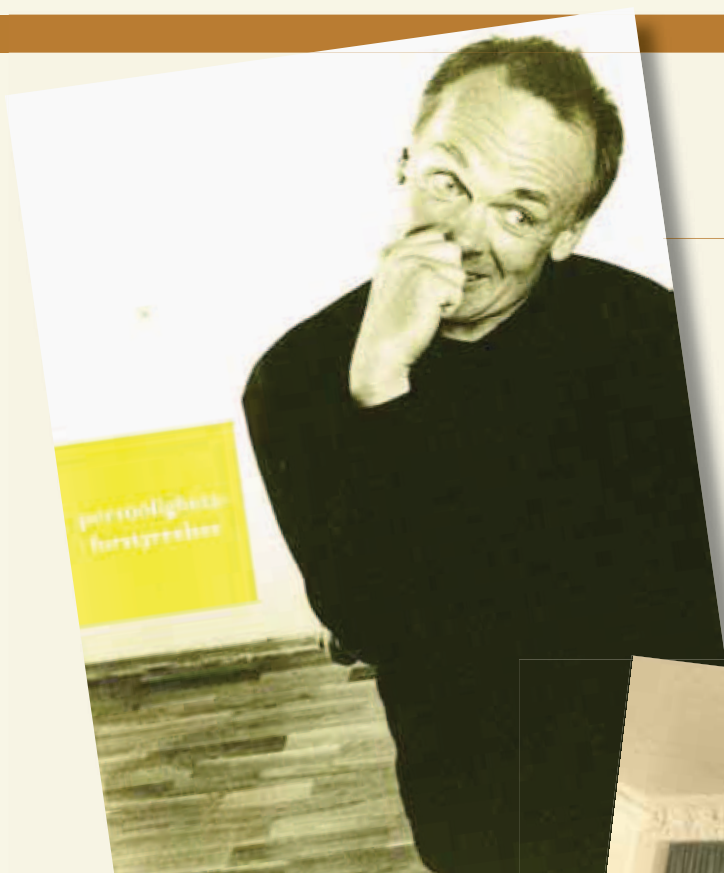
Samtidig varierer de faglige forståelsene i feltet (Wakefield, 1992; Colombo et al., 2003), det er kulturelle forskjeller i omfang og forklaringsmodeller (Waxler, 1979; Wilkinson & Pickett, 2009) og i et historisk perspektiv kan også psykiske lidelser være forbigående og tidstypiske fenomener (Conrad & Schneider, 1992; Hacking, 1998). Historien viser med tydelighet at det som fremstår som ubestridte sannheter i psykisk helsefeltet på et tidspunkt blir vranglære noen år etterpå (Ware et al., 2007). Det kan derfor være interessant å utforske nærmere hvordan psykiske lidelser beskrives i norske informasjonskampanjer og hvilke virkninger en slik

kunnskap kan få både for de personene som omtales og for samfunnets forståelser av normalitet og identitet.

Denne artikkelen tar utgangspunkt i en studie som hadde til hensikt å gjøre nettopp dette, og byr på et gjensyn med en studie gjennomført rundt årtusenskiftet (Andersen, 2001). Det er en undersøkelse av informasjonsmaterieil fra Rådet for psykisk helse. Totalt ni temahefter inngikk i undersøkelsen, og disse ble utarbeidet i perioden 1995 til 2000. Det er med andre ord et noe foreldet utvalg. Det er derfor viktig for meg å understreke at undersøkelsens ikke har gyldighet for Rådets informasjonsprofil anno 2012, og primært løftes fram igjen for å diskutere en tenkning omkring psykiske lidelser som etter mitt skjønn fremdeles har stor aktualitet. Temaheftene analyseres ved hjelp av diskursanalyse der både eksisterende og mulig variasjon i det empiriske materialet brukes som analytisk brekkstang for å synliggjøre og diskutere forholdet mellom kunnskap og makt (Andersen, 2001; Andersen, 2011).

Psykiske lidelser – det alminnelige ualminnelige

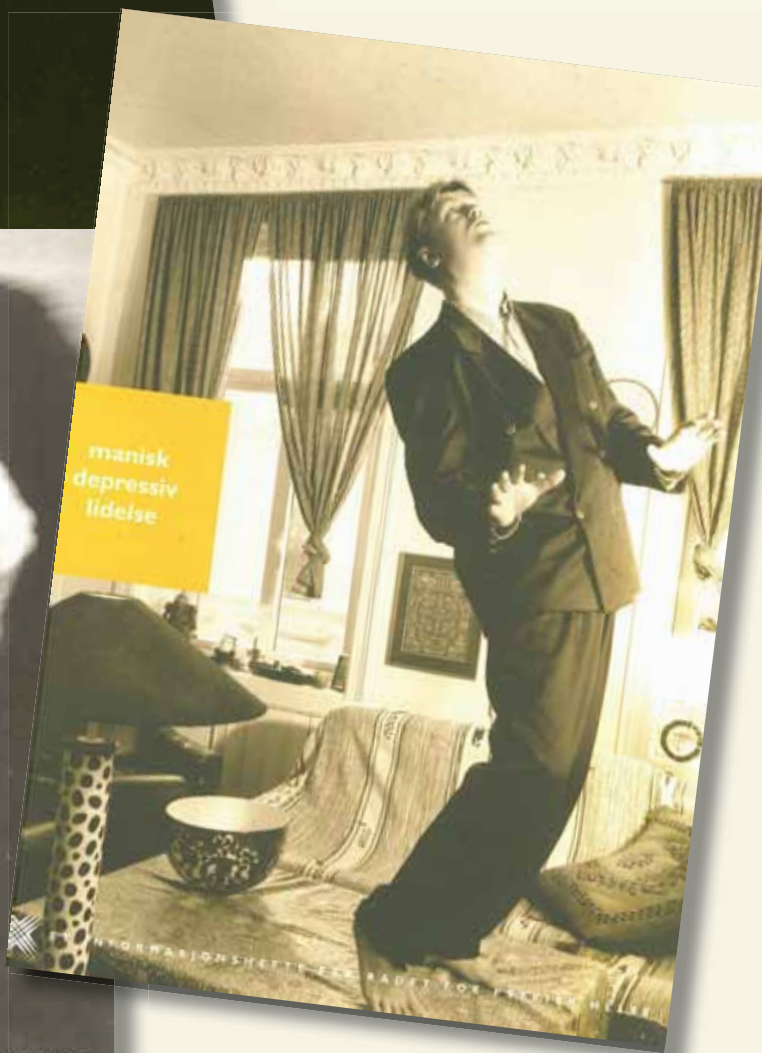
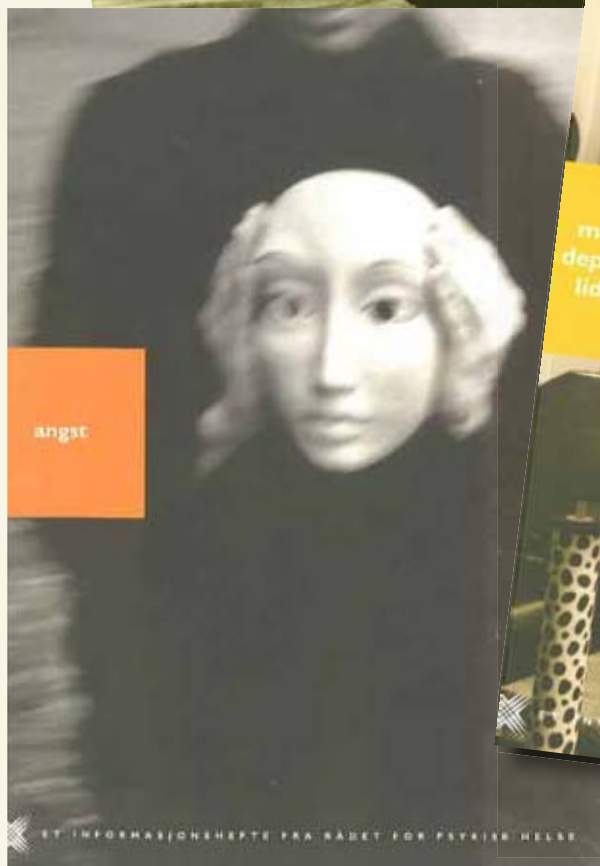
Temaheftene har intervjuer med mange mennesker som har og/eller har hatt psykiske plager. Dersom man ser på heftene under ett er det et bredt utvalg av befolkningen både hva gjelder alder, kjønn, sivilstatus, barn, utdanning, yrke. Intervjuene er også foretatt både blant «kjente» og «ukjente» personer.



TEMAHEFTER OM LIDELSER

Artikkelen tar utgangspunkt i en studie som hadde til hensikt å utforske hvordan psykiske lidelser beskrives i norske informasjonskampanjer. Totalt ni temahefter fra Rådet for psykisk helse inngikk i undersøkelsen, og disse ble utarbeidet i perioden 1995 til 2000. Undersøkelsen har ikke gyldighet for Rådets informasjonsprofil anno 2012, og løftes primært fram igjen for å diskutere en tenkning omkring psykiske lidelser som etter artikkelforfatterens skjønn fremdeles har stor aktualitet.

Følgende temahefter inngikk i studien: Schizofreni (1995), Depresjon (1996), Manisk depressiv lidelse (1996), Psykiske lidelser hos barn (1996), Aldersdemens (1997), Psykiske lidelser hos ungdom (1997), Angst (1997), Tvangslidelser og fobier (1999) og Personlighetsforstyrrelser (2000).





Heftene er dessuten rikelig illustrert med fotografier av tilsynelatende vanlige, vennlige mennesker. Budskapet blir klart og tosidig; psykiske lidelser kan ramme alle mennesker og mennesker med psykiske lidelser er som alle andre mennesker. Dette understrekes gjennomgående på flere måter. Alle temaheftene inneholder i varierende grad henvisninger til statistikk og annet tallmateriale som viser til utbredelse og hyppighet av psykiske lidelser.

«Depresjon rammer personer i alle sosiale lag og i alle kulturer. Sykdommen eller plagene forekommer langt hyppigere enn mange tror. Om lag hver tredje nordmann vil en eller flere ganger i løpet av livet rammes av depresjon. En av tyve voksne nordmenn har til enhver tid en større eller mindre depresjon.» (Depresjon, s. 8).

I intervjuer med mennesker med psykiske lidelser framheves positive personkarakteristika. «Den som venter seg en spennende dame, blir nytt. Vi møter en flott kvinne midt i livet, rolig, gjennomtenkt og klok.» (Schizofreni, s. 24). «Jeg var også svært urolig som barn (...). Idag jobber han som psykiatrisk sykepleier i en ledende stilling.» (Psykiske lidelser hos barn, s. 20). Slike presiseringer gjøres kun i forhold til mennesker med psykiske lidelser, og kan forstås til å markere et standpunkt i forhold til en antatt forforståelse. Framstillingen kan ha den funksjonen at den argumenterer mot en antatt forestilling om at mennesker med psykiske lidelser ikke er som alle andre. Mennesker med psykiske lidelser kan bli oppfattet som noen «raringer», men dette er en myte. De er vanlige mennesker på linje med

«Temaheftene forteller om smertefulle og vanskelige liv.»

«deg og meg». Denne positive presiseringen bidrar til å skille ut disse intervjuene fra de andre. Fagfolk eller pårørende blir i mye mindre grad karakterisert i lignende positive vendinger, ei heller beskrevet med mer personlige karakteristikk. Presiseringen av det alminnelige fungerer paradoksalt nok nærmest som noe ualminnelig i teksten. Det blir et kjennetegn for pasientintervjuer.

De «ukjente» menneskene som intervjues blir oftest framstilt med navn og alder i parentes. For eksempel «Vidar (23)», «Karen (48)» eller «Lasse Næss (48)». Dette skiller dem ut fra de andre intervjuene og kan også betraktes som et kjennemerke. Dette særpreget er uttalt, og på noen måter forståelig. Mennesker med psykiske lidelser intervjues på grunn av deres personlige erfaringer, og da må leseren få tilgang på mer personlige data enn ved andre intervjuer. Mens uttalelser fra intervjuede fagfolk legitimeres gjennom henvisning til utdanning og/eller arbeidssted, og de pårørende gjennom beskrivelser av dem de er pårørende til, legitimeres uttalelser fra mennesker med psykiske lidelser gjennom henvisning til deres opplevelser med psykisk lidelse. «Gunn Pettersen vet hva hun snakker om. Hun har overspist i årevis, og latt det hele gå i do.» (Psykiske lidelser hos ungdom, s. 24). Slik sett blir disse beskrivelsene og denne «merkingen» både informativ, saksorienterende og kunnskapsformidende, men også formende for forståelsen av budskapet til intervjupersonen. Temaheftene inneholder mange fortellinger som utfra både kvantitative og kvalitative størrelser alminneliggjør psykiske lidelser, og argumenterer således for at psykiske lidelser er vanlige plager hos vanlige mennesker. Men hva slags plager snakker vi om? Hvordan framstilles psykiske lidelser i temaheftene?

Helvete

Temaheftene forteller om smertefulle og vanskelige liv og livssituasjoner som endrer seg på kort eller lang tid. De beskriver tap av kontroll, mening, hukommelse og realitetssans. Sterke følelser av fortvilelse, sinne, uro, redsel, svik, forvirring, skyld, hjelpeløshet blir også uttrykt. Likeså endringer ved person og væremåter som blir så ekstreme at de vekker ubehag både for personen selv og andre. Temaheftene viser til opplevelser av sosial isolasjon, ensomhet, krenkelses og mistenksomhet overfor andre mennesker. De omhandler menneskers manglende evne til å håndtere hverdagslige gjøremål som å dusje, kle på seg, gå i butikken, gå på skole eller arbeid, kjøre offentlige transport. De viser fram mennesker som forteller om tanker som kverner rundt i hodet og ikke gir slipp; tanker som forvirrer; sterkt ubehagelige tanker uten kontroll;



SYK: De psykiske plagene beskrives som sterkt uønskede av både pasienten og pårørende. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

tanker om udugelighet; utilstrekkelighet og det stikk motsatte. Mange mennesker forteller også om liv preget av store søvnproblemer, seksuelle vanskeligheter, hodepine, magesmerter og andre kroppslige plager. De handler også om situasjoner hinsides fysisk smerte der mennesker skader seg selv og prøver å ta sitt eget liv. De beskriver langvarige kamper med seg selv og egen ofte marginale selvfølelse.

«Det var et ubeskrivelig helvete.» (Angst, s. 15), sier Randi Brockmann om sine angstproblemer. Utsagnet kan stå som en metafor for et hovedtrekk ved framstillingen av psykiske lidelser i temaheftene. Psykiske lidelser konstitueres som særegne fenomener gjennom negasjoner, og framstilles som smertefulle psykososiale plager som i varierende grad både påvirker og blir påvirket av menneskers forhold til seg selv og andre, menneskers følelses-, tanke- og/eller adferdsmønstre og/eller menneskers fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjons- og mestringsvevne i hverdagen. Det framstilles som smertefulle og negative plager

i den betydning at de beskrives som sterkt uønskede både av og for personen selv og hans/hennes omgivelser. Dette er et klart og gjennomgående hovedtrekk i temaheftene.

Framstillingen av psykiske lidelser varierer imidlertid avhengig av både person, lidelse og språk, og blir således ikke entydig. Mennesker med psykiske lidelser framstiller plagene som et helvete, men enkelte gir også uttrykk for at det er et helvete de nærmest ikke ville vært foruten. «For meg selv har det som har skjedd på en måte vært en berikelse. Jeg har jobbet hardt med meg selv, og nå har jeg en innsikt om meg selv som jeg ellers ikke ville fått, sier den optimistiske 23-åringen.» (Schizofreni, s. 8). Ytringer om plagenes positive betydning fremmes imidlertid kun av mennesker som selv har slitt eller sliter med psykiske lidelser. Det kan se ut som om plagene beskrives mer entydig negativt jo fjerne informanten er fra opplevelsene selv. Denne vektleggingen av det negative og problematiske ligger på sett og vis nedfelt i den sykdomsorienterte praksis. Denne praksisen konstitueres gjennom en orientering mot sykdom og problemer.



Det synlige usynlige – et spørsmål om innsikt og kontroll

Psykiske lidelser framstilles med noen viktige nyanser som et helvete på jord, et helvete som kan ha store ubehagelige konsekvenser både for personen selv, hans/hennes familie og nærmeste omgivelser. Samtidig framstilles psykiske lidelser i varierende grad som den usynlige lidelsen, det usynlige helvete. Dette har etter mitt skjønn to dimensjoner. For det første kan psykiske lidelser i varierende grad være synlig for personen selv og for andre. Enkelte psykiske lidelser blir usynlige i den forstand at lidelsen ikke er synlig for andre. Det blir med andre ord ikke nødvendigvis samsvar mellom opplevelse og væremåte/handling. Det kan være storm på innsiden, men rolig på utsiden. Det handler om en indre psykisk smerte som innskrenker livsutfoldelsen til det enkelte mennesket. Dette kan kanskje være noe av bakgrunnen for at pårørende ikke blir intervjuet i temaheftene om angst, depresjon, tvang og fobier. Det er først og fremst personen selv som lider. I andre tilfeller framstilles dette forholdet nærmest omvendt. Lidelsen blir synlig for andre, men ikke for personen selv. Dette kan gjelde periodevis eller mer eller mindre hele livet. Personer med en manisk depressiv lidelse kan for eksempel erkjenne at de periodevis har psykiske problemer, mens denne innsikten ikke er tilstede når problemene blomstrer. For andre lidelser – eksempelvis psykopati – vil heller ikke en slik midlertidig innsikt være tilstede. De vet ikke selv at de har en psykisk sykdom. Den blir usynlig for personen selv.

Det kan her også være viktig å skille på hvem som kan se denne lidelsen. Lidelsen blir ikke nødvendigvis synlig for alle andre. «De som ikke kjenner Tore godt, vil ikke merke noe unormalt.» (Manisk depressiv lidelse, s. 4). De pårørende får her en viktig funksjon. Det blir viktige informanter i forhold til hvordan personen egentlig er, og mulige endringer i forhold til dette. Det kan også nevnes at temaheftene også rommer fortellinger der plagene både er synlige for personen selv og hans/hennes omgivelser. Synlighet knyttes i denne forståelsen også opp til ordet sykdomsinnsikt. Det handler om erkjennelse av og innsikt i bestemte plager. I enkelte temahefter framstilles dette som et svært viktig kriterium for å skille mellom de såkalte lette

og tunge lidelsene. I noen grad blir en slik vurdering av erkjennelse og innsikt knyttet opp til begrepet sinnssykdom. Lederen i støtteforeningen ANANKE Kicki Bonaksen uttrykker dette på følgende måte:

«Men det er viktig å understreke at tvangslidelser ikke er sinnssykdom. Man blir ikke gal av det, selv om man kan tro at man er det. For i motsetning til enkelte andre psykiske lidelser er den tvangslidende fullstendig klar over hva hun eller han driver med. Men klarer bare ikke å la være – uten at man får hjelp til det.» (Tvangslidelser og fobier, s.12).

Den siste setningen i dette sitatet leder oss videre til en annen forståelse av usynlighetsmetaforen. Mennesker med psykiske lidelser forteller om usynlige plager som kommer utenfra og rammer dem. Flere forteller også om en kamp mot et «noe» inni dem. «Vi kjempet en kamp på liv og død, angsten og jeg. Jeg vant, sier Vigdis Garberek.» (Angst, s. 4). Psykiske plager framstilles som noe usynlig og fremmedartet som både kommer utenfra og innenfra. Kontroll løftes her fram som et sentralt ord. Sykdommen, dette usynlige «noe» - angsten, mismotet, stemmene inni hodet, forvirringen, tvangstankene - har enten fratatt mennesket kontrollen over seg selv og egne handlinger, eller ført til at mennesket kontinuerlig strever med å opprettholde kontrollen. Utfra et slikt resonnement blir det nytteløst å be mennesker med psykiske lidelser om å ta seg sammen. De klarer det ikke. De er på en måte blitt besatt av noe fremmed. «Det nytter ikke å si «ta deg sammen» til en som hver dag vasker hendene som om det var liv om å gjøre og som kontinuerlig tømmer varmtvannstanken.» (Tvangslidelser og fobier, s. 6). Lignende poenger blir understreket i flere intervjuer. «Cato er såkalt hyperaktiv. Det er umulig å se på ham at han i likhet med svært mange andre har en ørliten hjerneforstyrrelse. (...) De (lærerne) trodde nok at gutten var lat, og maste om at han skulle ta seg sammen. I virkeligheten strevde han etter beste evne.» (Psykiske lidelser hos ungdom, s. 18)

Mennesker med psykiske lidelser kan kanskje virke som alle andre, men de har psykiske plager som både påvirker og preger dem. Deres oppførsel

og væremåte må forstås på denne bakgrunn. Den egentlige årsaken til den underlige oppførselen eller de pussige innfallene blir imidlertid ikke synlig, og kan mistolkes som uttrykk for latskap eller andre viljesbetingede fenomener. Folk kan med andre ord ha psykiske problemer selv om det ikke virker slik ved første øyekast. Poenget blir at dette kan de ikke noe for. Temaheftene framhever i større og mindre grad at denne væremåten ikke bunner i vond vilje eller manglende villighet til å ta seg sammen. Mennesker med psykiske lidelser blir ikke skyld i sin egen lidelse, og kan slik sett vanskelig lastes for sin oppførsel. Det blir et sosialt avvik som ikke hører hjemme i den moralregulerte avviksforståelsen. Dette handler om mennesker som er rammet av en sykdom.

Det syke

Temaheftene gjør her et interessant og viktig grep. Det som av andre kan beskrives som latskap, uvennlighet, pussig og/eller avvikende oppførsel, handler i første rekke ikke om dårlig oppdragelse, ondskap og/eller uvilje. Sosialt og moralsk avvikende oppførsel løftes ut fra en vanlig hverdagsforståelse, og gjøres om til et spørsmål om sykdom. Det handler ikke om mer eller mindre negative egenskaper ved mennesker, det handler om psykisk sykdom. Det handler ikke om ondskap. Det handler om sykdom. Like lite som man kan klandre en person som har brukket benet for at han ikke løper fort nok, kan man klandre en person med psykiske lidelser for sin tidvis spesielle oppførsel. Dette resonnementet gjennomføres imidlertid ikke absolutt. Temaheftene forteller om variasjon både mellom ulike lidelsesgrupper og innad i samme lidelsesgruppe. «Når den maniske perioden gir seg og nedturen kommer, kan man bruke depresjonene som unnskyldning for å la andre ordne opp i det man måtte ha rotet seg oppi – enkelte lar viljen styre.» (Manisk depressiv lidelse, s. 13). Dette sier overlege Jon Skarstein, og åpner dermed for at oppførselen til en person med manisk depressiv sykdom også kan være viljestyrt.

Det er også forskjeller mellom lidelsene. «Det var en annen mann enn meg som var tilstede, konstaterer Vidar.» (Schizofreni, s. 7). Utsagnet framstilles som en plausibel og akseptabel forklaring på en

for mange pussig oppførsel og bisarre handlinger. I temaheftet om personlighetsforstyrrelser blir leseren forklart at mennesker med en hysterisk personlighetsforstyrrelse kan bagatellisere egne «følelsesmessige utbrudd og hysteriske anfall» gjen-

«Det handler ikke om ondskap. Det handler om sykdom»

nom å si at «Jeg var ikke meg selv.» I dette heftet blir et slikt utsagn brukt som en illustrasjon på måter mennesker med personlighetsforstyrrelser manipulerer med omgivelsene. Resonnementene reiser flere interessante spørsmålsstillinger; Finnes det eksempelvis noe som kan kalles latskap, og som ikke bunner i sykdom? Hvordan kan i så tilfelle denne latskapen framstilles? Hva slags oppførsel er uttrykk for dårlig oppdragelse, svak karakter, ondskap og/eller uvilje? Hva er uttrykk for sykdom? Finnes det noen grenser, hvor går de, hvem trekker dem og hvordan blir de eventuelt trukket? Temaheftene lar i hovedsak slike spørsmålsstillinger forbli ubesvart. De nøyer seg med å beskrive hva som kan være uttrykk for sykdom, og lar den moralregulerte avvikskategorien stående tom.

Temaheftet får det samme uavklarte forholdet til normalitet. I flere hefter framstilles grensen mellom psykisk lidelse og normal livsutfoldelse som høyst flytende og uklar. «Jeg tror aldri jeg kommer til å koble helt ut når det gjelder mat, men hvem gjør vel egentlig det? Mine venninner er veldig opptatt av hva de spiser. Jeg tror ikke det er mange jenter som har et normalt forhold til mat, sier Gunn Paulsen.» (Psykiske lidelser hos ungdom, s. 25). I enkelte temahefter blir også sykdomsbegrepet mer eller mindre fraværende. Dette gjelder i hovedsak temaheftene om angst, personlighetsforstyrrelser og i noen grad psykiske lidelser ungdom. Angst framstilles for eksempel ikke som en sykdom i seg selv på linje på schizofreni, manisk depressiv lidelse eller aldersdemens. Angst defineres som psykisk lidelse ut fra en vurdering om funksjon i dagliglivet, og funksjon blir av flere løftet fram som en viktig grensepost. Men når blir funksjonene så sviktende at det kan betegnes som sykt? Mennesker med psykiske lidelser og pårørende



definerer dette ut fra personlig kjennskap, og tar slik sett utgangspunkt i den situasjons- og personorienterte praksis. Enkelte temahefter forsøker seg på noen antydningvisse avgrensninger. «De fleste barn har perioder der de er engstelige eller lei seg. Hvis dette varer lenge eller er mer utpreget enn hos andre barn, bør foreldre begynne å bli oppmerksomme, sier Ingrid Spurkeland.» (Psykiske lidelser hos barn, s. 7). Slike generelle avgrensninger kan være vanskelige å forholde seg til. Hvor trist må du være og hvor lenge må du være trist for å være deprimert i sykdoms forstand? Det blir vanskelig å trekke linjen eksakt. Vi er igjen inne på et problemfylt avgrensingsområde, og psykiske lidelser defineres mot et normalitetsideal som er i flyt. Normalitetskategorien blir også stående tom for innhold. Dette vises også i andre studier (Risøy, 1999; Sirnes, 1999). Utfra analysen til Jensen (1986) blir disse betraktningene mulige å forstå. «De forskjellige former for behandlingspraksis, der udøves av det kliniske kollektiv, reguleres ikke av idealer om sunnhet, men derimod av idealer eller standarder for det abnorme og sygelige.» (s. 160). Det handler altså om sykdom, men hva slags sykdom snakker vi om?

Den uvanlige sykdommen – et sted imellom

«Jeg vil kalles schizofren, selv om jeg aldri så gjerne skulle ønske at jeg heller hadde brukket et ben, sier Else Marie Falch Gulbrandsen.» (Schizofreni, s. 27). Gjennom slike sammenligninger og ikke minst forståelse sidestiller temaheftene psykisk sykdom med somatisk sykdom. Temaheftene argumenterer for at somatiske og psykiske sykdommer skal anerkjennes og verdsettes på lik linje. Det skal bli like akseptert å si at man har en psykisk sykdom som å si at man har en somatisk sykdom. Denne sidestillingen mellom somatiske og psykiske sykdommer viser seg imidlertid ikke helt uproblematisk. Jeg skal prøve å illustrere dette gjennom et eksempel, og tar utgangspunkt i temaheftet om tvangslidelser og fobier. Heftet starter opp med et intervju med Valborg Eide som forteller om sin tvangslidelse. Hun forteller at hun stadig gikk til legen utfra en overbevisning om at hun hadde en alvorlig, dødelig sykdom. Legen hennes avkreftet dette, men Valborg Eide godtok ikke dette. Tankene om at hun kunne bli smittet og være alvorlig syk tok fullstendig overhånd. «Et

halvt års tid etter at hun først begynte å innbille seg all mulig smitte, sykdom og død, tok apatien overhånd. Hun brydde seg ikke lenger om hvordan hun så ut eller hvilke klær hun gikk i. Skolearbeidet gikk skeis, og det var vanskelig å få i seg mat og drikke.» (Tvangslidelser og fobier, s. 6).

Eide beskrives nå som alvorlig syk og får diagnosen tvangslidelse. På en måte kan man si at Valborg Eide ble alvorlig syk fordi hun med sikkerhet mente at hun var alvorlig syk og oppførte seg deretter. Denne historien illustrerer etter mitt skjønn et grunnleggende dilemma. Psykisk lidelse som sykdom lar seg først identifisere når tilstedeværelsen av somatiske sykdommer er utelukket. Det kunne jo tenkes at Eide faktisk var smittet av en alvorlig sykdom. Det finnes eksempler på mennesker som har hatt en alvorlig dødelig sykdom, men som har blitt avvist og fått beskjed om at problemene skyldes «nervene». Psykiske lidelser blir med andre ord en sykdom som i sitt vesen atskiller seg fra de klare somatiske sykdommene i den forstand at psykisk sykdom ikke kan påvises ved hjelp av røntgenapparat, blodprøver eller andre tester. Wifstad (1997) understøtter dette når han skriver «... det er etter mitt skjønn åpenbart at vi er tvunget til å forutsette at det fysisk-kjemiske nivå på en eller annen måte er sentralt i enhver somatisk forklaringsmodell.» (s. 38) Psykiske lidelser blir med andre ord en litt ualminnelig sykdom. Psykiske lidelser framstår som en unormal sykdom. Vi står igjen med noen fenomener som flyter fritt mellom noen høyst uklare grenser. Psykiske lidelser framstilles som komplekse, skiftende og sammensatte lidelser som blir preget av person- og situasjonsavhengige variasjoner og opptrer i forskjellige livsformer. Temaheftene viser til en åpen sykdomsforståelse der grensene mot sosialt avvik, normalitet og somatisk sykdom blir flytende.

En slik åpen og dynamisk forklaringsmodell reiser noen sentrale spørsmål; Gir det mening å kalle noe psykisk sykdom i det hele tatt? Og i tilfelle hvordan trekkes grensen mellom sykdom og friskhet, hvem får ansvaret for det og hvilken funksjon fyller denne grensen? Temaheftene beskriver vanskelighetene med å trekke noen entydige grenser, men er samtidig tydelige på at grensen kan trekkes. Den psykiatriske diagnose utgjør en slags demarkasjonslinje som avgrensner og ringer inn psykisk sykdom.

Diagnoser løftes fram i temaheftene og nærmest bejubles, og i det neste avsnitt skal temaheftenes framstilling av psykiatrisk diagnostikk analyseres og diskuteres.

Psykiatrisk diagnostikk – der grensene trekkes

«Godt å få en diagnose» er overskriften på den første artikkelen i det første temaheftet til Rådet for psykisk helse (Schizofreni, s. 4). Overskriften blir illustrerende for temaheftenes holdning til psykiatriske diagnoser. Diagnoser framstilles i hovedsak som et ubetinget gode og en absolutt nødvendighet både av mennesker med psykiske lidelser, pårørende og fagfolk. Temaheftene har utførlig informasjon om ulike diagnosegrupper, diagnostiske kriterier og diagnostiske manualer, og fremmer generelt et resonnement som går ut på at tidlig og riktig diagnose, gir tidlig og riktig behandling som igjen kan føre til mindre lidelse hos mennesker med psykiske lidelser. Diagnostikk blir en grunnleggende forutsetning og inngår i det som kan kalles for temaheftenes tatt-for-gitt-kunnskap. Selv om diskusjonen omkring diagnostikk ikke løftes fram direkte, finnes det imidlertid argumentasjon i heftene som understøtter og begrunner viktigheten av psykiatriske diagnoser.

Den presise upresise grensen

Det diagnostiske arbeidet handler om et entydiggjøringsarbeid der hverdagslivets konkrete og flertydige fenomener og erfaringer skal oversettes til mer presise og entydige meningstettede beskrivelser. Dette arbeidet framstilles som både komplisert og tornefullt. Overgangen mellom normale fenomener og psykiatriske sykdommer framstilles flytende. Usikkerhet blir nærmest en del av psykiatrisk diagnostikk, og temaheftene understreker også betydningen av diagnostisk kompetanse. Dernest ligner de ulike sykdommene på hverandre slik at presis diagnostikk også av den grunn blir komplisert. Flere av temaheftene har artikler som omhandler differensialdiagnostikk, og slik sett mulige andre diagnostiske kategorier. Psykiske lidelser knyttes dessuten tett sammen med individuelle variasjoner. De enkelte lidelsesuttrykkene er tett sammenvevd med personens livsløp og personlighet, og gir derfor svært ulike og individualiserte uttrykk selv om diagnosen er den samme. «Manisk-depressiv sykdom arter

DIAGNOSTISERT:

Diagnoser blir omtalt som en absolutt nødvendighet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Diagnoser fremstilles i hovedsak som et ubetinget gode.»

seg svært forskjellig. To pasienter er sjelden like.(...) Mange med en eller annen form for manisk-depressiv lidelse er stort sett friske.» (Manisk depressiv lidelse, s. 6). Heftene viser til stor variasjon innad i samme diagnosegruppe. Psykiatrisk diagnostikk innebærer en presisering av det upresise.

Diagnosen lukker den åpne forklaringsmodellen som ble utarbeidet i forrige avsnitt, og fungerer som en demarkasjonslinje - en skillelinje der sykdommen viser seg i praksis. Følgende sirkulære resonnement oppstår: Et menneske får en psykiatrisk diagnose dersom vedkommende har en psykisk sykdom, og et menneske får en psykisk sykdom dersom vedkommende har en psykiatrisk diagnose. Forholdet mellom psykisk sykdom og psykiatrisk diagnose blir dialektisk. «Ein har her å gjere med det fenomen at teorien om at x har eigenskapen E, høyrer med til det som gjer at x får eigenskapen E. Teorien er



sjølvverifiserande.» (Hellesnes, 1992, s. 100). Psykiatrisk diagnostikk blir både forklarende og selvforklarende. Psykiske lidelser blir både menneskeskapt og menneskeskjebne. Vi er tilbake til den kontinuerlige sosiale konstruksjon av virkeligheten. Psykiatrisk diagnostikk blir selvpoppfyllende, og inngår i en konstituerende og virkelighetsfrembringende praksis. Den gjengir og forsterker en identitetsdiskurs som muliggjør et dikotomisk skille mellom frisk og syk, og gir mening til et spørsmål om enten-eller. Cohen (1997) har beskjeftiget seg med klassifikasjonens funksjoner i boken «Den sociale kontrolls nye former. Kriminalitet, straf og klassifikasjon». Han skriver følgende; «Men klassifikasjonens virkelige betydning ligger i formen, ikke i innholdet – i prosjektet selv, ikke dets resultat. « (s. 234) Psykiatrisk diagnostikk blir en grensestolpe som skiller det syke fra det friske, men får sin viktigste funksjon idet den gjentar og forsterker troen på at det er noe som er sykt og noe som er friskt. Dette skal jeg komme tilbake til om litt, men først skal vi analysere og diskutere hvordan psykiatrisk diagnostikk framstilles i temaheftene og hvilken argumentasjon som framføres for diagnostikk.

Muliggjør forklaring og forsoning

For mennesker med psykiske lidelser kan en psykiatrisk diagnose forstås som en bekreftelse på en opplevd uro over eget funksjonsnivå, adferdsmønstre, tankemønstre og/eller følelsesliv. Under overskriften «Godt med diagnose» kan vi for eksempel lese følgende; «Jeg har bestandig følt at det har vært noe. Derfor er det litt godt at jeg nå kan sette punktum for uvissheten.» (Psykiske lidelser hos ungdom, s. 18). Dette er gjenkjennelig for flere av temaheftene. Diagnosen representerer en ytre bekreftelse på en indre opplevelse, en bekreftelse som samsvarer med personens selvforståelse. Psykiatriske diagnoser blir ut fra en slik framstilling en anerkjennelse av personens selvopplevelse. «10. mars 1994 er en merkedag i hans liv, han fikk diagnosen schizofreni.» (Schizofreni, s. 6). Diagnosen blir synonymt med å bli forstått og anerkjent. «Fikk du en diagnose? Nei, jeg ble bare sykmeldt fordi jeg var utslitt.» (Depresjon, s. 14, min utheving). Både gjennom spørsmål og svar understreker sitatet et poeng: Diagnosen får en magisk betydning. Den tilbyr en forklaring og åpner

derigjennom for forsoning og akseptasjon. Dette blir også understreket av de pårørende:

«På en måte ville det være nesten en lettelse om han fikk diagnosen MBD. Da ville jeg kunne si til meg selv at det ikke var jeg som var en dårlig mor, sier Tone. (...) Det finnes perioder der vi tørster etter en diagnose. Samtidig ville vi ikke at han skulle skille seg ut – få en merkelapp.» (Psykiske lidelser hos barn, s.15).

Tone illustrerer her diagnostikkens gleder og sorger, og viser et av diagnostikkens dilemma. En psykiatrisk diagnose kan på den ene siden bidra til å dempe opplevelsen av å være en dårlig mor, far, søster eller bror. Diagnosen tydeliggjør sykdommens individuelle opphav, og letter skyldfølelsen og selvbebreidelsen. Den gir forklaring og muliggjør også forsoning for de pårørende. Det handler ikke om meg og min måte å møte den andre på. Det handler om en alvorlig sykdom. På den andre siden antyder Tone at en psykiatrisk diagnose også representerer en varig merkelapp, et sosialt stigma. Den psykiatriske diagnosen har et sosialt vedheng. Den bidrar til å skape identiteter. Det er på en måte dette sosiale vedhenget som den psykiatriske opplysningspraksis søker å bygge ned nettopp ved å påpeke at mennesker med psykiske lidelser er vanlige mennesker med vanlige plager, men som jeg antydte i forrige avsnitt blir kanskje dette sosiale vedhenget innbygd i den diagnostiske diskurs. Temaheftene viser til flere beskrivelser av langvarige kamper for å bli trodd, hørt og forstått. De forteller om kamper for å få en diagnose som samsvarer med den aktuelle informantens oppfatning.

Historiene viser imidlertid alle til kamper om å få en riktig diagnose. Et kort blick på psykiatriens historie viser at dette ikke nødvendigvis er det eneste bildet. Mange mennesker både kjemper og har kjempet for å bli kvitt sin psykiatriske diagnose. Historien til Arnold Juklerød illustrerer dette poenget (Johansson, 2005). Han kjente seg absolutt ikke hjemme i den diagnosen han ble til del, og brukte resten av livet både i kampen for å bli kvitt den diagnosen han hadde fått på Gaustad sykehus - og i kampen mot det psykiatriske system. Dette perspektivet er nærmest fraværende i temaheftene. Vi finner spor etter en slik forståelse i intervjuet med

Øyvind Fragell. «Diagnosen inneber et formynderi der utøvarane ser på meg som sin myndling, seier Øyvind Fragell.» (Schizofreni, s. 14) Intervjuet med Øyvind Fragell blir også av denne grunn interessant. Det er et av svært få intervjuer som på flere punkter inneholder en grunnleggende kritikk mot innholdet i den psykiatriske praksis. Det blir derfor spesielt interessant å lese det påfølgende intervjuet med Levi Fragell. Han forteller om sykdommen til Øyvind, og opprettholder slik en form for orden i den forstand at Øyvinds tidvis radikale betraktninger om psykiatrisk praksis i noen grad kan reduseres til å være uttrykk for sykdom. Temaheftene bryter her med sitt pragmatiske utgangspunkt om å fortelle om virkeligheten slik den viser seg for brukerne. De gjentar og forsterker en forståelse av at det oppleves befriende og godt å få en psykiatrisk diagnose. Heftene blir selekterende og utelukkende når det gjelder syn på psykiatrisk diagnostikk, og viser fram et glansbilde av medisinsk psykiatrisk praksis. Kritiske synspunkter på psykiatrisk diagnostikk og klassifisering både fra fagfolk og brukere blir så å si fraværende. På mange måter gjøres denne kritikken om til uttrykk for fordommer og myter. Mennesker som ikke har denne forståelsen besitter ikke den riktige kunnskapen. Temaheftene hvis fremste mål er å opplyse og fjerne fordommer og myter, bidrar slik sett også til å danne nye myter. Retorikken knyttet til psykiatrisk diagnostikk tjener som reklame for klassisk, akademisk, medisinsk psykiatri.

Et systembegrep

Temaheftene viser til kamper for å få en riktig diagnose. Denne kampen viser til en forhandlings-situasjon der den «rette» virkelighetsforståelsen og menneskets «egentlige jeg» blir bestemt. Kampen om å få en diagnose blir en forhandling om å bli inkludert i et kommunikasjonsfellesskap som nettopp åpner for gjenkjennelse, forsoning og anerkjennelse. Det blir en kamp om å bli omfattet av en diskurs der den psykiatriske diagnosen blir meningsbærende og fungerer regulerende for forståelsen av den andre. En psykiatrisk diagnose blir utfra en slik forståelse et viktig systembegrep i den forstand at den fungerer som en grensepost som åpner og lukker systemer og kommunikasjonsfellesskap. «Alt som kan kommuniseres som syk defineres innen

for systemet. Resten; det vil si alt som kommer på den andre siden av skille defineres som ikke-syk og er således systemets omgivelse.» (Engeseth, 2000, s.13). Engeseth er inspirert av Niklas Luhmann, og en av hans antagelser er at systemer må ha grenser for å opprettholdes (Thyssen, 1997; Engeseth, 2000). Klassifikasjonssystemer har inklusjons- og eksklusjonskriterier som skaper slike skiller, og derigjennom gjør det mulig å opprettholde det psy-

«Diagnosen blir en forutsentning for å få hjelp.»

kiatriske systemet. En slik forståelse av psykiatrisk diagnostikk vises også i temaheftene. Pårørende og fagfolk vektlegger det positive ved at diagnoser i stor grad fungerer som systemåpnere. Diagnosen blir en forutsetning for å få hjelp. «Vår viktigste jobb er å sette navn på lidelsene, for pårørende når ofte ikke fram i hjelpeapparatet uten en diagnose, sier Tor Erling Dahl.» (Aldersdemens, s. 15). I et slikt perspektiv blir fagfolkens viktigste oppgave å identifisere og sette navn på lidelsen, og derigjennom inkludere og underlegge dem den medisinske diskurs. Dette understrekes også i fagbøker om psykiatri;

«Ordet diagnose kommer fra det gresk «diagnosis», som betyr undersøkelse. Slik vi bruker ordet, betyr det kartlegging og bestemmelse av sykdom, det å gi sykdommen et navn. Å sette ord på personer og ting for å gjøre dem gjenkjennelige er et grunnleggende menneskelig fenomen. For mange pasienter betyr det trygghet å få stilt en diagnose, det betyr at legen kjenner betydningen av deres lidelse.» (Snoek & Engedal, 2000, s. 65).

Fagfolkene besitter en viktig definisjonsmakt både når det gjelder forståelse av et fenomen og når det gjelder tilgang på velferdsgoder som til eksempel behandling og sosiale og økonomiske støtteordninger. «Magten til at klassifisere er det mest iøjnefaldende af alle professionalismens reservoirer.» skriver Cohen (1997, s. 234). Navngivingen blir viktig både for utformingen og planleggingen av et tjenestetilbud, men også for utvikling av kunnskap



om det navngitte. Dette sammenfaller med synspunkter som fremmes i lærebøker innen psykiatri: «Når diagnostikken nå har gjenerobret den faglige arena, skyldes det kanskje først og fremst en klarere presisering av dens formål: - For det første kan man ut fra diagnose dra nytte av kunnskap som er samlet om den tilstand det gjelder. Diagnosen kan gi holdepunkter for hvilken behandlingsmetode som skal foretrekkes og hvorledes utsiktene er for det videre forløp. - For det andre vil bruken av diagnoser, med definerte kriterier, kunne lette kommunikasjonen både mellom klinikere og mellom forskere. Slik kommunikasjon mellom fagfolk på tvers av landegrenser er nødvendig for å bringe faget fremover. - For det tredje er

klassifikasjon og diagnostisering en helt nødvendig forutsetning for befolkningsundersøkelser og derigjennom for planlegging av helsetjenesten.» (Sommerschild & Grøholt 1997, s. 116-117).

Sommerschild og Grøholt framhever her diagnosens betydning for kunnskapsutvikling og kunnskapsanvendelse, og utdyper diagnosens betydning som systembegrep både når det gjelder utviklingen av tjenestetilbud og faget. Diagnostisk kunnskap får med andre ord en sentral posisjon når det gjelder vitenskapeliggjoringen av faget psykiatri. Diagnosen muliggjør forskningsopplegg som fordrer sammenlignbare beskrivelser. Heftene har flere forskningsartikler som nettopp tar diagnosene som et utgangspunkt for forskning, og som fordrer en presis og kriteriestyrt navnsetting. Utviklingen av de to mest brukte diagnosesystemene (ICD og DSM) kan betraktes som et forsøk på å utvikle mest mulig verdi og ideologifrie beskrivelser (Wifstad, 1998; Kringlen, 2001, kapittel 5). Visjonen blir at diagnosen kan representere lidelsen, og at denne lidelsen inneholder en substans, en kjerne som er mulig å beskrive uavhengig av kontekst og relasjon. Det blir noe en person har på et gitt tidspunkt på lik linje med blindtarmbetennelse eller sukkersyke. Diagnosene blir en mer eller mindre presis refleksjon av virkeligheten. Det gjengir virkeligheten slik den er. Den psykiatriske diagnostikk inngår på denne måten i en essensialistisk vitensdiskurs, og bidrar til å videreføre og underbygge det moderne prosjekt.

Diagnoser blir også en viktig grensepost for å legitimere og utvikle psykiatri som en naturvitenskapelig disiplin, og en diskusjon omkring diagnostikkens mulighetsbetingelser blir samtidig en diskusjon om og muliggjør en potensiell underkjenning av psykiatri som en slik vitensdisiplin. Kutchins og Kirk (1997) hevder at kravet om vitenskapelighet og objektivitet i det psykiatriske diagnosesystem mildt sagt er vaklende. Det er ofte vitenspolitiske, kulturhistoriske og moral-filosofiske interesser som avgjør utviklingen av diagnosesystemene. Når homofili til eksempel ble tatt ut av det amerikanske diagnosesystemet DSM i 1973, var bakgrunnen langt fra vitenskapelig. Det bunnet ikke i forskning som viste at

ALENE: Psykisk sykdom kan føre til isolasjon og ensomhet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



homofile ikke var mer disponert for psykiske lidelser enn resten av befolkningen, men snarere press fra politiske grupperinger. Etableringen og utviklingen av det psykiatriske diagnosesystem blir også kulturbestemt. I et slikt perspektiv blir psykiatriske diagnoser kulturelle konstruksjoner hvis fremste mål er å opprettholde og skape sosial orden.

Om forholdet mellom person, sykdom og psykiatrisk diagnose

Jeg har tidligere sett at temaheftene argumenterer for at mennesker med psykiske lidelser er vanlige mennesker med (u)vanlige sykdommer. Personen framstilles som et alminnelig og fornuftig menneske, mens sykdommen framstilles som noe ufornuftig og ualminnelig. Dette framstår som et avgjørende skille, og befestes også lærebøker innen psykiatri; «Det er viktig å huske på at det er sykdommen vi diagnostiserer og klassifiserer, mens det er mennesket vi behandler.(..) Derfor er det også viktig å skille mellom klassifikasjon på den ene siden og retningslinjer for behandling på den andre.» (Snoek & Engedal, 2000, s. 65). Heftene forsterker et inntrykk av at det er mulig å diagnostisere psykiske sykdommer som noe adskilt fra personen. Temaheftene diskuterer ikke om det er mulig å etablere et slikt skille. Det tas for gitt. Dette skillet blir samtidig ikke udelt enkelt å opprettholde; «Hvis en person har blitt dypt såret av en hensynsløs bemerkning eller handling noen uker tidligere og dette kanskje har skjedd flere ganger, er det vanskelig å skille mellom sykdom og person.» (Manisk depressiv lidelse, s. 9). Heftene varierer når det gjelder framstillingen av skillet mellom person og sykdom. Det blir vanskelig å skille mellom person og sykdom når sykdommen er lokalisert til din personlighet. «Personlighetsforstyrrelser dreier seg om dypt rofestede uhensiktsmessige atferdsmønstre som vanligvis viser seg tidlig i livet og fortsetter gjennom voksen alder, selv om de ofte blir mindre påfallende med alderen.» (Personlighetsforstyrrelser, s. 9). Skillet framstår noe klarere når det handler om fobier for edderkopper. Det framstilles som et mer avgrenset og isolert fenomen. Det framkommer likevel som en komplisert oppgave å gjøre noen eksakt grenseoppgang mellom person og sykdom. Dette åpner for at den psykiatriske diagnosen også blir identitetsbestemmende gjennom å inneholde beskrivelser om hvordan personen egentlig er.

Patricia E. Deegan (2000) viser dette tydelig i

artikkelen «Hvordan vinne tilbake egenverdet etter å ha fått en diagnose». Hun fikk diagnosen schizofreni i en alder av 17 år, og skriver følgende: «Jeg ble fortalt at jeg hadde en sykdom som var lik diabetes, og hvis jeg fortsatte å ta nevroleptika resten av livet og unngikk stress, ville jeg kunne klare å takle tilværelsen. Jeg husker at da psykiateren min sa disse ordene til meg, følte det som om hele min tenåringsverden – der jeg hadde drømmer om å være en betydningsfull person i verdsatte roller, om å spille lacrosse for USAs kvinnelag eller kanskje slutte meg til fredskorpset – begynte å smuldre og knuses. Det følte som om disse delene av min identitet ble skrellet av meg. Jeg begynte å gjennomgå den radikale dehumaniserende og devaluerende forvandlingen fra å være en person til å være en sykdom; fra å være Pat Deegan til å være 'en schizofren'.» (s. 96)

Psykiatriske diagnoser blir ikke bare en mer eller mindre presis gjengivelse av et problem. De blir også del av en konstituerende praksis og bestemmende for hvordan framtidig adferd skal forstås. Psykiatrisk diagnostikk blir en tveetydig praksis. En praksis som muliggjør forklaring og forsoning, og som samtidig legger et epistemologisk slør over omgivelsenes forståelse av den andre. «Men har pasienten fått diagnosen manisk depressiv sykdom, innebærer det at sykdomsperiodene kan være så alvorlige at virke-

«Sykdommen fremstilles som noe ufornuftig og ualminnelig.»

lighetssansen ikke alltid fungerer som den skal. Pasienten er psykotisk.» (Manisk depressiv lidelse, s. 6, min utheving). Utdraget viser at diagnosen manisk depressiv også blir oppmerksomhetsrettende og virkelighetsbestemmende for framtidig adferd. Det betyr at andre mulige forklaringsmodeller kan bli marginalisert og vanskeliggjort. Diagnosen tilbyr et statisk beskrivelsesspråk som konstantgjør fenomenen i verden. Dette samsvarer med beskrivelsene fra Patricia Deegan (2000): «Det er som om hele verden har tatt på seg et par forvrengte briller som gjør dem blinde for den personen du er, og som gjør at de ser deg som en sykdom. Det virker som om alt du gjør blir tolket gjennom disse brilleglassene.(..)



Spekteret av oppførsel og følelser som du tillates, er drastisk innskrenket som et resultat av skylappene som de rundt deg har tatt på seg. (...) Normale mennesker får gjøre mange dumme valg om og om igjen i sine liv. Ingen sier til dem at de trenger en personlig koordinator.»(s. 99)

Psykiatriske diagnoser blir da en demarkasjonslinje for en identitetsbestemmende praksis der diagnosen fungerer selvstigmatiserende og får en selvoppfyllende kraft. Personen blir identisk med de diagnostiske beskrivelsene. Diagnosen blir sann i sine konsekvenser. Vi er tilbake til diagnostikkens sirkulære fundament. Dette poenget understrekes også i arbeidet til Barham og Hayward (1995). De har gjennomført en serie med kvalitative intervjuer

«Personen blir identisk med de diagnostiske beskrivelsene.»

med mennesker med en schizofrenidiagnose. Sara uttrykker diagnosens funksjon på følgende måte:

«You wake up every morning and you think; 'Oh, God, I'm a schizophrenic!' If the doctor hadn't told me I'd just have woken up and thought, 'Well I'm just going through some sort of illness and I'll probably get over it'. But once you get diagnosed you start thinking all sorts from different corners about the illness and it just gets worse and worse.» (s. 20).

Patricia Deegan (2000) argumenterer etter mitt skjønn mot diagnosens selvoppfyllende og selvforklarende kraft, og dens identitetsbestemmende funksjon. Samtidig understreker hun viktigheten av å opprettholde skillet mellom person og sykdom i sin begrunnelse for dette. «Grunnen til at dette er så farlig, er at når en person først begynner å tro at han eller hun er en sykdom, er det ingen igjen inne i en som kan holde stand mot sykdommen.» (s. 99). Dette samsvarer også med analysen til Barham og Hayward (1995). Mennesker opplever at de blir rammet av et noe som kan kalles sykdom.

Vi er da tilbake til utgangspunktet og temaheftenes opprettelse og videreføring av skillet mellom person og sykdom. Den diagnostiske

grensetrekkingen framstår både som løsningen og problemet. Dette paradokset kan forstås på to måter. På den ene siden kan vi her se konturene av en forskjell mellom den diagnosebaserte, utenfrforklarte, presise sykdommen og den erfaringsbaserte, innenforforståtte, upresise sykdommen. Ved å punktuere denne forskjellen ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot en mulig paradigmatisk forskjell i sykdomsforståelse. En positivistisk praksis muliggjør og fremmer den diagnosebaserte, utenfrforklarte sykdommen, mens en fenomenologisk praksis muliggjør og fremmer den erfaringsbaserte, innenforforståtte sykdommen.

På den andre siden kan opprettholdelsen av skillet mellom person og sykdom forstås som en videreføring og forsterking av den diagnostiserte, utenfrabaserte sykdommen. Det blir ikke nødvendigvis kritikkverdigg at det opprettes et skille mellom person og sykdom, men den diagnostiske praksisen kan kritiseres som mangelfull og lite kompetent. Dette fører oss igjen tilbake til temaheftene og deres vektlegging av spesialistkompetanse og understreking av betydningen av diagnostisk kompetanse. Mange lærebøker i psykiatri (Kringlen, 1997; Sommerschild & Grøholt, 1997; Cullberg, 1999; Snoek & Engedal, 2000) understøtter et slikt resonnement. Farene ved diagnostisering diskuteres, men i alle lærebøkene hevdes det at fordelene er større enn ulempene. I stor grad gjøres dette til et spørsmål om kunnskap og ferdigheter knyttet til diagnostikk og diagnostisering. Johan Cullberg (1999) bruker følgende metafor for å beskrive dette; «Det er nødvendig med en øks for å hugge ved, men brukt på gal måte er den også et livsfarlig våpen. Det siste er jo ingen grunn til å la være å bruke øks i det hele tatt.» (s. 33). Dette bildet er interessant og forførende på flere måter. Cullbergs grunnleggende resonnement blir altså at det er noe som trengs å hugges til. Det trengs et skille mellom person og sykdom. I denne undersøkelsen blir det spesielt interessant å analysere nærmere hva denne «øksa» hugger ut og hvilke funksjoner dette kan få.

Fortellinger om identitet

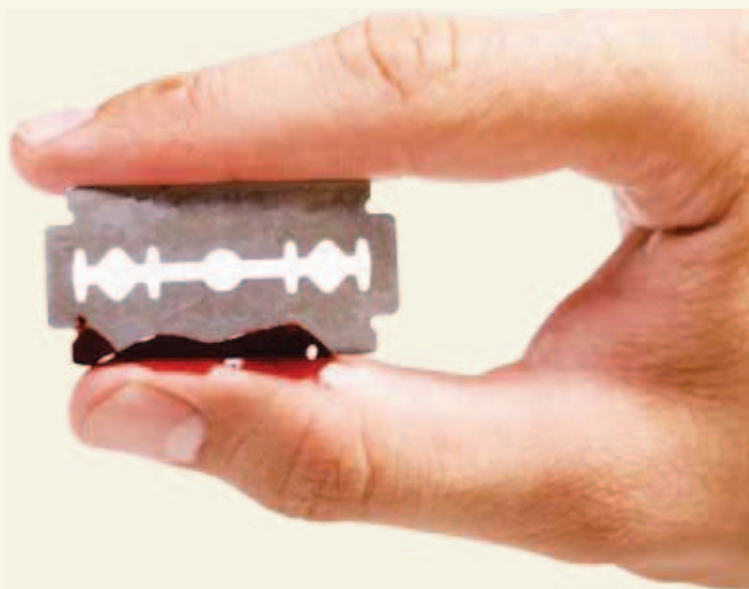
De to ulike innfallsvinklene til å forstå forholdet mellom person og sykdom befinner seg begge innen en bestemt diskurs. De går ut fra at det finnes et

skille mellom person og sykdom, og at dette skillet blir mulig å identifisere. Foucaults (1973) analyse av galskapens historie aktualiseres nok en gang. «Foucaults poeng er altså at den psykiatriske forståelsesmåten får karakter av noe selvfølgelig. Den «lekker ut» i dagligspråket. At det er et skarpt skille mellom det rasjonelle og det irrasjonelle, eller mellom det normale og det unormale, tas etter hvert for gitt. Derfor kan heller ikke det psykiatriske fagmennesket på noen enkel måte komme til bevissthet om at faget, og det på en helt spesiell måte, nettopp beror på konstitueringen av dette skillet.» (Wifstad, 1997, s. 228). I dette avsluttende avsnittet skal vi fokusere på hvilken funksjon dette skillet får for forståelsen av de personene som får psykiske lidelser. Temaheftenes fortellinger om psykisk sykdom blir også fortellinger om identiteter. Den diagnostiske navngivningen hugger ut sosiale identiteter, og inngår i en virkelighetsfrembringende diskurs som former menneskers selv- og andresforståelse.

Mennesker med psykiske lidelser framstilles som vanlige mennesker med (u)vanlige sykdommer. Den psykiske sykdommen kan imidlertid være av en slik art at den skjuler det «vanlige» mennesket, og gjør at personen framstår med uvanlige tanker, følelser og/eller handlinger. Framstillingen av psykisk sykdom innebærer at mennesker i ulik grad strever med å opprettholde styringen og kontrollen over seg selv og egne handlinger. De blir besatt av noe, rammet av noe og dette «noe» gjør at de framstår på en annen måte enn slik de egentlig er og/eller slik de egentlig ønsker å være. De er ikke slik som det kan se ut som de er. Litt flåsete kan man hevde at enkelte mennesker med psykiske lidelser framstilles som «får i ulveklær». Sykdommen gjør at de kan framstå som manipulerende, uvennlige, late mennesker, mens de egentlig er snille, sårbare sjeler - som alle oss andre. Enkelte mennesker med psykiske lidelser framstilles nærmest som noen monstre å være sammen med. De klareste beskrivelsene av dette finner vi i temaheftet om personlighetsforstyrrelser. «En psykopat er et umodent menneske som suger livskraften ut av sine nærmeste. Han eller hun er avhengig av å projisere sine feil og sin smerte over på den eller de som er ofre. Du blir en container – en søppelbøtte – for alt det de ikke klarer å håndtere i sitt eget liv, forteller Wesche.» (Personlighetsforstyrrelser,

s. 20). Heftenes framstilling av det syke nødvendigvis gjør en diskusjon og vurdering av personlig ansvar. Framstillingen muliggjør en identitetstildeling som ikke-fullt-ut-ansvarlig-for-egne-handlinger, og åpner derigjennom for en normalitet på 2. klasse.

Fremstillingen av psykisk sykdom innebærer også at mennesker i varierende grad får innsikt i egen sykdom. De vet ikke alltid selv at de har problemer, og kan tvert imot benekte og argumentere mot at de har en psykisk sykdom. «Det var alltid



arbeidsgivers skyld at han fikk sparken. At hans første ekteskap sprakk skyldes hans kone. Jeg trodde på ham.» (Manisk depressiv lidelse, s. 16, min uthevelse). Utdraget illustrerer hvordan temaheftenes framstilling av det syke også nødvendigvis gjør en diskusjon og vurdering av personens troverdighet. Det muliggjør det åpenbare paradokset at dersom mennesker med psykiske lidelser skal tas på alvor, så innebærer det samtidig at de ikke må tas på alvor. Mennesker med psykiske lidelser blir ikke alltid helt til å stole på. Det åpner for en identitetstildeling som ikke-fullt-ut troverdig. Vi må rette et mistenksomt blikk mot det som mennesker med psykiske lidelser selv uttrykker. Det kan tenkes at

VONDT: Psykiske lidelser framstilles ofte som et helvete på jord. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



de egentlig mener noe annet, eller ville ment noe annet hvis de hadde vært friske. Friske mennesker, som fagfolk og pårørende, blir helt troverdige og ansvarlige personer.

Dette bildet blir unyansert og grovt forenklande. Temaheftene fremmer på ingen måte et generelt resonnement om at mennesker med psykiske lidelser er ansvarsløse og lite troverdige. Tvert imot argumenteres det tidvis aktivt mot en slik oppfatning. Det vises til stor variasjon både utfra person og lidelse. Spesielt framstår temaheftet om angst som en motsats til en slik oppfatning. Mitt poeng blir imidlertid at den psykiatriske diskurs som temaheftene inngår i, både muliggjør og nødvendiggjør

vurderingen, og gir dermed utenfraforklaringen den virkelighetsbestemmende makt. Det blir andres stemmer som blir avgjørende og mest troverdig. Dette er en klar hovedtendens i den psykiatriske opplysningspraksis, og synliggjør samtidig den bakenforliggende rollefordelingen i heftene: Mens fagfolk og pårørende inntar og tildeles fortolkerens rolle, overlates bekjennelsens posisjon til mennesker med psykiske lidelser.

«The shock of the first breakdown often brings about a collapse of confidence in which patients take on trust what medical authorities declare to be best for them. Simon describes how over the years he has learned to hold firm on his own judgements.» (Barham & Hayward, 1995, s. 63).

UROLIG INDRE: Mennesker med psykiske lidelser kan virke som alle andre, men de har psykiske plager som preger dem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Simon forteller her hvordan opplevelsen av psykisk krise fører til en mistro til egen vurderingssevne, og en påfølgende tiltro til den medisinske ekspertise. Dette gjenfinnes også i temaheftene. Fagfolk og forskere blir fortolkere av mennesker med psykiske lidelser gjennom deres referanse til evidensbasert kunnskap. I de temaheftene der de pårørende slippes til ordet, framstår de som en uforutsigbar joker når det gjelder fortolkningsretten. Pårørende tildeles og inntar en mellomposisjon både som førstehåndsfortolkere av mennesker med psykiske lidelser gjennom deres erfaringsbaserte utenfraperspektiv, men også som informanter om egen rolle som pårørende. De inntar/blir tildelt både fortolkerens og bekjennerens rolle, og blir derigjennom både utfordrere og mulige opponenter til og samtidig avhengige av og underlagt den faglige ekspertise. Denne doble identiteten kjenneretegner de pårørende. De blir både personer som selv trenger å bli tatt hensyn til og samtidig eksperter på livet til mennesker med psykiske lidelser. Det blir for eksempel de pårørende som i første rekke kjemper for at mennesker med psykiske lidelser skal få en riktig psykiatrisk diagnose. Pårørende framstår som sentrale forhandlingspartnere for hvornår et fenomen skal defineres som psykisk sykdom. De framstår med andre ord som sentrale aktører når det diagnostiske innslagspunktet skal bestemmes – når det upresise skal presiseres. Dette innslagspunktet får avgjørende betydning idet temaheftene fremmer en identitetspolitikk som forsterker fortellingen om

at identitet er noe man har og ikke noe som viser seg i relasjon til andre mennesker.

Avslutning

Undersøkelsen antyder at mennesker med psykiske lidelser tildeles en identitet som både muliggjør og nødvendiggjør vurderinger av både troverdighet og ansvarlighet. De blir avhengige av utenfraforklaringen for å få en presis identitetsbeskrivelse og får en identitet som mulig syk. Deres handlinger og utsagn

kan bli forstått som uttrykk for et mulig sykdomsutbrudd. Slik sett kan moderne helseopplysning bidra til å svekke menneskers handlekraft, og øke avhengigheten til andre menneskers vurderinger. Menneskets normalitet blir i første rekke bestemt av «den andre». En slik grunnantagelse om menneskelig lidelse og væren blir et paradoks i en tid der den vedtatte hovedmålsettingen for de psykiske helse-tjenestene er å bidra til å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv (St.prp. 63, 1997-98). ■

Bildene i artikkelen er illustrasjonsbilder som ikke er hentet fra brosjyrene som omtales i teksten.

Referanser

- Andersen A. J. W. (2001). Den lukkede åpenheten. En diskursanalyse av psykiatrisk opplysningspraksis. Hovedfagsoppgave, Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Andersen, A. J. W. (2011). Governing Health. Discourse Analysis in Public Health Research. In A. Salvini & A. J. W. Andersen (eds.), *Interactions, health and community. Theories and practices from Italy and Norway* (pp. 21-34). Pisa: Edizioni Plus, Pisa University Press.
- Barham, P. & Hayward, R. (1995). *Relocating madness. From the Mental Patient to the Person*. London: Free Association Books.
- Cohen, S. (1997). *Den sociale kontrols nye former. Kriminalitet, straf og klassifikasjon*. København: Hans Reizels Forlag.
- Colombo, A., Bendelow, G., Fulford, B., & Williams, S. (2003). Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1557-1570.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1992). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Deegan, P. (2000). Hvordan vinne tilbake egenverdet etter å ha fått en diagnose? *Dialog*, 2-3, 96-103.
- Engeseth, K. H. (2000). Individualisering og medikalisering. Om forholdet mellom det medisinske system og samfunnet slik det kommer til uttrykk i debatten rundt innføring av en norsk pasientrettighetslov. Hovedfagsoppgave. Institutt for Sosiologi. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø.
- Foucault, M. (1973). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Hacking, I. (1998). *Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses*. Charlottesville, Va.: University Press of Virginia.
- Hellesnes, J. (1992). Ein utdana mann og eid dana menneske. Framlegg til eit utvida daningsomgrep. I E. L. Dale (red.), *Pedagogisk filosofi* (ss. 79-105). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Jensen, U. J. (1986). *Sygdomsbegreber i praksis*. København: Munksgaard.
- Johansson, J. M. (2005). En sinnssyk historie. I T. Steen (red.), *Asylet. Gaustad sykehus 150 år* (ss. 99-133). Oslo: Aschehoug.
- Kringlen, E. (1997). *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- utchins, H. & Kirk, S.A. (1997). *Making us crazy: DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.
- Risøy, S. M. (1999). *Mot normalt? Landsforeningen Rettferd for Taperne og den norske taperdiskursen*. Hovedfagsoppgave. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen.
- Sirnes, T. (1999). "Alt som er fast, fordamper"? Normalitet og identitet i endring. I S. Meyer & T. Sirnes (Red.) *Normalitet og identitetsmakt i Norge* (ss. 29-76). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Snoek, J. & Engedal, K. (2000). *Psykiatri. Kunnskap – Forståelse – Utfordringer*. Oslo: Akribe forlag.
- Sommerschild, H. & Grøholt, B. (1997). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.
- St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Thyssen, O. (1997). Hjørnestein i Niklas Luhmanns systemteori. I Luhmann, N. lagttagelse og paradoks. København: Gyldendal.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373-388.
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B. & Fisher, D., 2007. Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469-474.
- axler, N.E., 1979. Is Outcome for Schizophrenia Better in Nonindustrial Societies? The Case of Sri Lanka. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167(3), 144-158.
- Wifstad, Å. (1997). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The Spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008). *Integrating mental health into primary health care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization.

Rus-ressurser på Helsebi

Her er en guide til steder på Helsebiblioteket.no hvor du som jobber med rus kan finne mye relevant informasjon.

Tekst Anne Hilde Røsvik, prosjektleder Helsebiblioteket.no Foto Colourbox

Jobber du med problemstillinger knyttet til rus? Da kan du finne nyttige ressurser på Helsebiblioteket.no. Helsebiblioteket er et offentlig, gratis nettsted og har flere aktuelle ressurser som kan være til hjelp.

Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Forskrift om individuell plan er hjemlet i lovverket. Under menypunkt Rus (<http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Rus>), i retningslinjedatabasen på Helsebiblioteket.no, finner du *Individuell plan 2010 – veileder til forskrift om individuell plan*. Det er Helsedirektoratet som har utgitt veilede-

departementet - individuell plan og håndtering av legemidler, kap 4.4

- Rundskriv I-3/2004 Samarbeid om tilbud til barn og unge
- Forskrift om IP med merknader

Legemiddellassistert rehabilitering
Helsedirektoratet ga i 2011 ut en nasjonal retningslinje, LAR - Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder.

Målgruppen for retningslinjen er først og fremst helsepersonell som følger opp og behandler kvinner som er i LAR under graviditeten, deres partnere og barn som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet. Retningslinjen henvender

biblioteket. Her kan du finne råd og anbefalinger ved legemiddellassistert rehabilitering av personer som er avhengige av heroin eller andre opioider.

Tidlig intervensjon

Det kan være vanskelig å vite når man skal gripe inn ved mistanke om rusrelatert problem, men som regel venter man for lenge. Den nasjonale veilederen *Fra bekymring til handling*, en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet, er utgitt av Helsedirektoratet og gir råd om hvordan se etter faresignaler hos barn 0–13 år, ungdom 13–18 år, unge voksne 18–23 år, voksne (over 23 år), gravide og eldre. Veilederen setter fokus på hva som kan gi grunn til bekymring for et mulig rusrelatert problem, og hvordan en lettere kan gå fra bekymring til handling. Den inneholder også den norske versjonen av AUDIT, Alcohol Use Disorder Identification Test og TWEAK, som dreier seg om bruk av alkohol hos gravide. Disse kartleggingsverktøyene er nå også lansert som nettversjoner med opplæringsinformasjon på det nye nettstedet Snakkomrus.no.

Komorbiditet og interaksjoner

Rusmisbrukere er mer utsatt for å bli rammet av HIV/AIDS, hepatitt, bakterielle infeksjoner og også andre somatiske tilstander. Når mange tilstander

«På nettstedet finner du råd og anbefalinger.»

ren. Det finnes også gode verktøy til opplæring og bruk av individuell plan:

- E-læringskurs om individuell plan
- Jeg har en plan
- Arbeid med individuelle planer fremmer samarbeid
- Gjør det så enkelt som mulig - tipshefte om individuell plan
- Rundskriv I-5/2008 fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskaps-

seg også til andre faggrupper i kommunene og i spesialisthelsetjenesten som har et oppfølgingsansvar for disse pasientene, blant annet sosialtjeneste, barnevern, barnehage og PP-tjeneste.

Den generelle nasjonale retningslinjen for LAR, Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, finnes som et nettbasert oppslagsverk på Helse-



skal behandles samtidig er det viktig å være klar over at det kan forekomme interaksjoner. Da er databasen www.interaksjoner.no et godt hjelpemiddel. De internasjonale oppslagsverkene BMJ Best Practice og UpToDate gir gode behandlingsanbefalinger for de ulike typene komorbiditet. Helsebiblioteket har også oversatt god pasientinformasjon om flere av de vanlige sykdommene som rusmisbrukere rammes av.

Legemiddelhåndboka har egne kapitler om Rusmiddelbruk og avhengighetstilstander. Her finner du dyptgående informasjon om egenskapene til alkohol, organiske løsemidler, bensin og andre flyktige substanser, opioider, anxiolytika og hypnotika, sentralstimulerende midler, cannabis, hallusinogener og stoffenes virkning. Tabellene med interaksjoner i Legemiddelhåndboka kan være nyttige for å få en oversikt over hva du som helsepersonell bør være obs på i behandlingen.

Forgiftninger

Omtrent halvparten av innleggelsene med alkoholrelaterte hoveddiagnoser skyldes akutt forgiftning (1). På Emnebibliotek forgiftninger på Helsebiblioteket finner du behandlingsanbefalinger for de fleste typer forgiftninger med rusmidler inkludert

alkoholforgiftning. Behandlingsanbefalingene er utarbeidet av Giftinformasjonen på Ullevål sykehus.

Fengselshelse

Helsebiblioteket har et eget nettsted for Fengselshelse (<http://helsebiblioteket.no/Fengselshelse>). Nettstedet inneholder oversikt over helsetjenesten i fengsel i Norge, kurs og konferanser som er verdt å delta på, eget diskusjonsforum og selvsagt fagstoff spesielt beregnet på sykepleiere og leger som arbeider i fengsel. Lesetips om gode artikler om nyheter får du under fengselshelse, under «Tips fra redaktøren».

Flere emnebibliotek med gode ressurser

Helsebiblioteket har et eget emnebibliotek, psykisk helse, (<http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/rus+og+avhengighet>), som samler de aller fleste ressurser innen psykisk helse og rus. Her finner du gode tidsskrifter, rapporter, flere skåringsverktøy og oppsummert forskning. Under Emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse (<http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Rusmidler>) finner du ofte stoff som er relatert til norske fagmiljø og nye artikler som publiseres av kjente norske fagmiljø.

FINN INFORMASJON: Helsebiblioteket.no har relevant informasjon om rus.

Pårørende

Pårørende kan både være en ressurs og samtidig også trenge hjelp selv. Omkring 30 000 norske barn har foreldre med alvorlige alkoholproblemer og cirka 70 000 har foreldre med et såpass alvorlig misbruk at det sannsynligvis går utover daglig fungering, kan vi lese på Læringsafarieren på Snakkomrus.no. 130 000 personer har opplevd negative konsekvenser relatert til rus hos partner/ektefelle. Hvilke ressurser kan du anbefale pårørende, som de kan ha nytte av selv?

Foruten gode ressurser på Snakkomrus.no har også Helsenorge (<http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/parende.aspx>) en del artikler for pårørende sammen med oversikt over hjelpetelefonnummer. ■

Kilder:

1. Utviklingstrekk på rusmiddelområdet, SIRUS-Rapport nr. 3/2011 http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.11.pdf
2. The Drug Situation in Norway 2011, Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/Drug_Situation_Norway_2011.pdf



100 år er verdt å feire

Vi feirer 100 år fordi vi har mange viktige seire
– og fordi vi trenger å samles i fellesskap og tenke fremover.

Den 24.9.2012 er det 100 år siden Bergljot Larsson ba 44 utvalgte søstre om å bli medlem i det som skulle bli Norsk Sykepleierforbund. Organisasjonen fikk sin logo og den aller første utgaven av tidsskriftet Sykepleien ble utgitt. Navnet på den nystiftede organisasjonen ble Norsk Sykepleierskeforbund – og det var kun ugifte søstre som kunne bli medlem. Noe har endret seg i årene som har gått, men mange saker som var viktige for 100 år siden er det også i dag. Kvalitet i helsetjenesten var fundamentet til stiftelsen, og kun sykepleiere med 3-årig utdanning ble invitert til å bli medlem. Nålen med logoen ble kvalitetsbeviset.

Tilbakeblikk

Historisk har det vært mange kamper om psykiatriske sykepleiere. Før i tiden var dette menn med lang yrkeserfaring men liten formell utdanning. Kommuneforbundet la på 1960-tallet press på myndighetene for å oppnå autorisasjon og dermed offentlig godkjenning for disse pleierne. NSF var i utgangspunktet i mot. Av ulike årsaker valgte ledelsen å gå inn på et forslag om at pleierne likevel fikk autorisasjon. I januar 1967 ble det innkalt til ekstraordinært landsmøte på Hønefoss hvor

hovedstyret i NSF av denne grunn ble kastet. Konflikten og protestene kom mye på grunn av forbundets lange og fortsatt truede kamp om 3-årig utdanning, og arbeid fra 1915 til 1948 for å oppnå autorisasjon. NSF ble fratatt en kontroll med hvem som skulle defineres som sykepleiere og dette forkludret yrkesgrensene. I etterkant av dette ble flere oppgaver som tidligere hadde tilhørt sykepleiere overtatt av andre yrkesgrupper.

For 100 år siden ble psykiatri kalt Sindsyges pleie. Rikke Nissen skrev i lærebog i Sygepleie i 1877: «Hvorvel det ligger i Sagens Natur, at ved Sindsyges Pleie den sjælelige Inflydelse maa gaa Haand i Haand med den legemlige pleie». Rolighet og et regelmessig liv ble trukket frem som essensielt i pleien – og sykepleierens egenskaper burde være «meget Taalmodighet, Kjærlighet og Visdom».

Det er mange likhetstrekk med dagens pleie – og også mye vi har lært gjennom 100 år.

Mye å oppleve

Jubileets budskap er å bruke historien til å se fremover, til å skape nye diskusjoner og ikke minst handlinger. Gjennom hele 2012 – og over hele lan-

det – feirer vi vår felles innsats for god sykepleie og viktige seire fagpolitisk, interessepolitisk og samfunnspolitisk. En oppdatert oversikt finner du på: www.sykepleierforbundet.no/100-aarsjubileet

Faggruppene er en viktig del av vår organisasjons helhet og skal fremvises blant annet 24.september på Karl Johans gate i Oslo og på Sykepleierkongressens NSF torg. Norsk Sykepleierforbund har alltid vært opptatt av faglige diskusjoner for å fremme kvalitet. I 2012 har du mange muligheter til å treffe nasjonale og internasjonale foredragsholdere – og i tillegg kunne diskutere i dybden ulike tema av særlig interesse for deg. Et jubileum er også fest – det er rød løper og glamour. De regionale konferansene gir en smakebit både faglig, kulturelt og for smaksløker. På den store bursdagsfesten 24. september kommer representanter fra kongehus og regjering, internasjonale gjester og de viktigste av alle – våre medlemmer. Vel møtt! ■



Tekst Lill Sverresdatter Larsen,
prosjektkoordinator «NSF 100 år»



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

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



Foto: Colourbox

Skriv om rus

Neste nummer av Psykisk helse og rus skal handle mest om rus - og vi ønsker ditt bidrag.

Fagtidsskriftet Psykisk helse og rus gir deg en flott anledning til å skrive om fagfeltet vårt, enten det er en fagartikkel, et leserinnlegg eller en nyhetsartikkel du vil bidra med.

Neste nummer av Psykisk helse og rus skal ha fokus på rusfeltet. Vi ønsker at våre medlemmer nå kommer med innspill og artikler til denne utgaven.

Forslag sendes redaksjonen ved Kurt Lyngved:
kurt.lyngved@gmail.com.

Artiklene må være levert innen 20. september i år.
Legg ved et foto av deg selv, sammen med artikkelen.

