

Psykisk helse og rus



NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Sykepleien



Depresjon
blant eldre



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

REDAKTØR

Kjersti Øvernes, Tlf. 40 45 79 69
kjersti.overnes@gmail.com

STYRET

Faggrupeleder

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

Nestleder

Espen Gade Rolland
Tlf. 40 84 29 41
espro@vestreviken.no

Kasserer

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

Sekretær

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

Medlemsansvarlig

Torfrid Johansen
Tlf. 99 29 12 94
Torfrid.Johansen@vestreviken.no

Styremedlem

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

ABONNEMENT

Bjarte Sælevik
Tlf. 45 45 26 48
Bjarte.saelvik@lyse.net
abonnement@psykisk-helse-ogrus.no

WEBANSVARLIG

Espen Gade Rolland
Tlf. 40 84 29 41
espro@vestreviken.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
psykiatrisykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik

Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal

Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen

Nina Hauge

Sissel Hagen Vetter

Monica Hilsen

TRYKK: Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO: Colorbox

Innsending av artikler

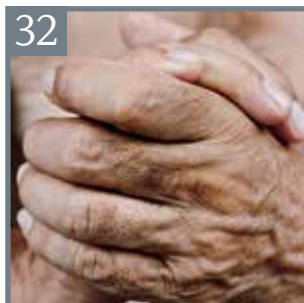
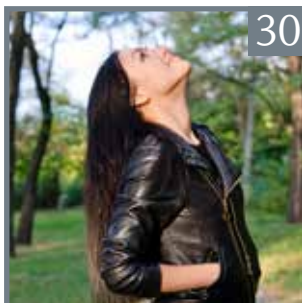
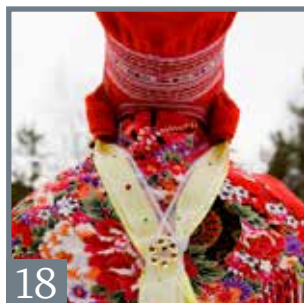
Skriv artikler helst som worddokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkeldokumentet. Oppgi navn på de som er på fotoet og hvor fotoet er tatt, også navn på fotograf. Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: Beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn,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

Innhold



03 - 2016

- 3 Leder:
Kurt Lyngved
- 4 Du er god nok
i massevis
- 6 Smånytt
- 8 Bruk meg
som en sobril
- 12 Ruspolitiske
utfordringer
- 14 Verdig alderdom
for rusavhengige
- 16 Tilbakeblikk
- 18 Lite kunnskap
om samisk kultur
- 20 Hva er egentlig
miljøterapi?
- 28 Fra Plata til
Rikshospitalet
- 30 Ønsker medisinfrie
tilbud velkomne
- 32 Erfaringer med psykisk
syke eldre som bor hjemme





FAKTA

**Kurt
Lyngved**Faggruppeteiler
SPoR

Bedre masterutdanning

Det finnes i dag et mangfold av mastergradsløp innen psykisk helsearbeid med ulikt faginnhold og ulike fokus på dette med psykisk helsearbeid. Alle er tverrfaglig orientert uten spesifikk monofaglige fordypninger. Lokalgruppen i Troms og landsstyret har sammen fått fagutviklingsmidler for å se på dette med sykepleiefaglig fordypning i mastergradsammenheng. Dette arbeidet er vi nå i gang med og vårt første møte hadde vi i oktober i Tromsø. Vi har laget noen milepæler og forhåpentligvis vil vi komme ut med et forslag til hva en slik fordypning skal være. Vi er nå i første del av prosjektet som handler om kartlegging med tanke på å finne dokumenter, empiri og annen dokumentasjon som kan hjelpe oss i det videre arbeidet. Det var en engasjert og tent arbeidsgruppe som tok fatt i dette arbeidet og dere vil høre fra oss etter hvert som det skrider frem.

Skrivekurs

Skrivekursene våre har vært populære tiltak som vi ønsker å videreføre og håper våre medlemmer vil det samme! Vi ser en helt klar verdi i dette med tanke på å dokumentere vår praksis gjennom å skrive i tidsskifter, aviser m.m. Kurset som skulle vært arrangert i oktober ble utsatt fordi det var få påmeldte. Men vi gir oss ikke og håper at flere fatter interesse for kurset vi skal arrangere i januar og februar i Trond-

heim. Se annonse i dette tidsskriftet og meld dere på!

Bruk av tvang

Mens denne lederen skrives, har media store oppslag om fenomenet tvang innenfor psykisk helsevesen i Norge. Tvang er et fenomen som engasjerer og som bringer frem mange argumenter fra ulike synsvinkler. Som sykepleiere innenfor det psykiske helsevesenet har vi et spesielt ansvar for å delta i denne debatten og fremme våre synspunkter. Vi må være med på å sikre ivaretagelsen av pasientene i de situasjoner hvor tvang utøves og sikre at faglige og etiske standarder ivaretas. Vi må argumentere for bruk eller ikke bruk av tvang i behandlingen av mennesker og i så fall hva våre faglige begrunnelser består i. Bruk av tvang utfordrer mennesker og krenkelsen ligger farlig nær hver gang mennesker utsettes for handlinger de ikke vil bli utsatt for. Jeg håper vi som fagmiljø kan få en konstruktiv debatt omkring fenomenet tvang som ikke har utgangspunkt i tvang eller ikke! Men som bidrar til å styrke vår evne til å vurdere tvangsbruk i en faglig kontekst og konsekvensene det har for dem som blir utsatt for det. Kanskje kan slike debatter bidra til at holdninger endres og det skapes tilnæringsmåter som et alternativ til bruk av tvang.

Når dette leses går hele Norge mot en julefeiring som mange av oss ser frem til. Nyt denne hvilepausen og ha en riktig god jul og et godt 2017. ■



Du er god nok i massevis!

La meg fortelle deg om Anny. Hun bodde i gangavstand for små føtter og hun vinket fra vinduet sitt helt til jeg kom meg hjem. Hun var alltid hjemme og hadde verdens tryggeste fang. Anny hadde angst, tvangshandlinger og forsøkte flere gang å ta livet sitt. Jeg elsket henne.

Tekst **Lill Sverresdatter Larsen**, forbundsstyremedlem, NSF

Anny forlot omtrent aldri sitt hjem. Hun fikk kuler på hal-sen og raste ned i vekt. Men hun gikk ikke til legen. Det er mange grunner til hvorfor personer med psykiske lidelser har vesentlig lavere gjennomsnittsalder.

Som barn skjønte jeg ikke at hun var syk. Jeg diltet etter henne, fra vindu til vindu – flere runder om dagen. Vi sto opp på stoler for å åpne skap, flyttet en ting over til andre siden for så å lukke skapet. Jeg fikk ofte pepperkjeks fra et av skapene. Kung Oskars pepperkjeks som jeg kunne dyppe i melk. Som voksen ble jeg fortalt at det betydde mye for henne at hun fikk lov til å være min dagmamma. Jeg var på besøk hver dag fra jeg var rundt fire år og til hun døde da jeg var fjorten. Hun fulgte meg ut med samme hilsen alltid: «Må du leve og blomstre og komme snart igjen ... og ikke snuble i trappa». En stor del av min trygghet i dag har jeg ervervet gjennom tid sammen med henne. Vi har stått på de samme fjell.

Hun tok Valium. Noen ganger mye. To selvmordsforsøk kan jeg huske, men hun passet på at det ikke var jeg som fant henne. Disse gangene havnet hun

på sykehus. Da hun kom hjem igjen var hun stille og unnvikende i blikket, men snart var hun den samme. Jeg fikk pynte henne på håret, hun sparte på tomme hermetikkbokser og lekte butikk sammen med meg. Sammen sang vi «milde Jesus, du som sagde». Vi løste kryssord, leste Se & Hør, vasket klær i kjelleren og brettet klærne når de luktet sommer. Hos Anny var det alltid blomstrete katter. Hun ga meg sin bestemors Postel fra 1850 og lærte meg å lese gotisk skrift. Min første lest strikket jeg sammen med henne som

«Jeg mener vi må trene på å gi omsorg.»

fireåring i strikkeklubben JARL som besto av henne, meg og et par andre unger. På vedkassen satt hun og så utover bygda, fortalte om gamle dager og lo høyt av mine spørsmål som «hva betyr din peis egentlig?». Vi la ut på ekspedisjoner til fjells og gikk på ski over myra for å drikke kakao og spise

brødskive med knust rips. Vi fant bjørnespor og ble tatt bilde av for avisen. Fordi hun hentet gebisset frem før bil-desesjonen, ble hun fremmed.

Hendene hennes var finest av alt. Hun viste bilder, pekte og forklarte med lange, tynne fingre. Jeg så, men skulle ønske jeg husket. Jeg var mer opptatt av å stryke, og klemme på de tydelige blodårene hennes. Unntatt slike stunder, var hendene hennes aldri i ro. Hun kunne snakke om det samme, gang på gang. Det var nesten som om hun sang, en slags rytme i det hun fortalte mest til seg selv.

Andre voksne pratet fra tid til annen om henne, at «ho hadde nerva». Jeg tenkte det var noe fint. Da jeg fikk spørsmål om hva jeg skulle bli når jeg ble stor, svarte jeg: «Jeg vil bli som Anny», og skjønte ikke latteren som fulgte. I dag skjønner jeg mer. Om det er noen døde mennesker jeg skulle ønske jeg kunne møtt igjen så er det henne. Jeg ville sagt at ho var god nok i massevis og at jeg fortsatt prøver å bli som henne.

Det snakkes mer om psykisk sykdom i dag, og vi har andre diagnoser enn «nerver». Begrep som «deppa» og



ANNY: I et blogginnlegg, forteller Lill Sverresdatter Larsen om sin dagmamma fra barndommen. Foto: Privat



«angst» er allemannseie. Likevel blir vi, kan hende, litt stillere, spør mindre og besøker sjeldnere personer som lever med psykiske lidelser over lengre tid. Anny var nesten aldri utenfor hjemmet, men folk kom hjem til henne. Hun spådde i kaffegrut og lo høyt. Hun hadde omsorg for mange, og mange hadde omsorg for henne.

Jeg mener vi må trene på å gi omsorg. Det vil være av særlig betydning for personer med psykiske helseutfordringer, og det kan i grunn være hvem som helst av oss. Sykepleiere er ikke alene om å gjøre omsorg, men vi er «eksperter» på omsorgsteori. Det er gode grunner til hvorfor studiet består av så mange timer etisk refleksjon. Vi skal være i stand til å håndtere akutte hendelser og forstå kliniske symptomer på sykdom – men

vi er nødvendige også for de pasientene hvor endring ikke kan ses fra dag til dag. Personlig, ser jeg betydningen av sykepleieres omsorgsperspektiv i psykisk helsearbeid og minner om NSF's landsmøtevedtak om at fremtidens spesialsykepleiere i psykisk helse må ha minst 30 studiepoeng fordypning i sykepleie.

Noen ganger tar jeg meg selv i å tenke på hva Anny ville ha sagt eller ment om det jeg gjør. Kan hende ville hun ha ment seg utlevert her? Jeg tror hun ville vært enig om at slike tema bør belyses. De som kjente henne vet at jeg mener det godt, veldig godt.

Sånn til sist, tenk på om det er noen du kan besøke på veien ut? ■

*Fra blogginnlegg
sverresdatter.wordpress.com 29. juni.*



Farligste dager

Mandag og tirsdag er de farligste dagene å arbeide på. Det viser en undersøkelse der arbeidsulykker de siste tolv årene er kartlagt. Det er Fagbladet 3F i Danmark som har gjennomført undersøkelsen. 464 arbeidsrelaterte dødsulykker fra 2004 til 2015 er undersøkt, og funnene viser at knappe 37 prosent av dødsulykkene skjedde på en av ukens to første dager.



Kilde: hmsmagasinet.no/NTB

Størrelsen teller

Størrelsen på hippocampusen i hjernen har vist seg å være avgjørende for hvor sårbar man er for stress, herunder angst og depresjon. Forskere fra Norges arktiske universitet og Universitetet i Umeå fant at de som har høyt stressnivå, også har en mindre hippocampus enn de som har lavt stressnivå.



Kilde: UIT

«Et godt smil kommer sjelden alene.»

Dag Evjenth

Ingen gevinst

Har et moderat alkoholforbruk positiv effekt på helsa? Trolig ikke, viser en studie fra Folkehelseinstituttet. Forskerne undersøkte om det var forskjell i sykefravær mellom tvillinger, der den ene drakk moderat mens den andre drakk lite eller ingenting.

– Hvis det hadde vært en helsegevinst ved å drikke, ville man forventet at den tvillingen som drakk moderat, hadde lavere sykefravær enn sin ikke-drikkende tvilling. Men slik var det ikke. Tvillinger som drakk moderat hadde ikke lavere sykefravær. Det tyder på at moderat alkoholbruk ikke medfører en reell positiv helseeffekt, sier forsker Kristian Amundsen Østby.

Kilde: fhi.no



Sunt arbeid

Frivillig arbeid kan være bra for den psykiske helsen til eldre, antyder en britisk studie. I hvert fall er det slik at middelaldrende og eldre mennesker som oppgir at de driver med «ulønnet frivillig arbeid», er mer fornøyde med livet. Spørreundersøkelsen fulgte 5000 husholdninger i England fra 1996 til 2008. Samtidig målte man den psykiske helsen deres gjennom spørsmål om trivsel og symptomer på psykiske lidelser. Jo oftere frivillig, desto bedre, ser det ut til. De som var frivillige minst en gang i uka, hadde best psykisk helse. De som var frivillige en gang iblant, trivdes bedre enn de som aldri var det.

Kilde: Forskning.no

Finn en venn

Kjenner du ensomme eldre som kan trenge en venn? Organisasjonen Telefonkontakt for eldre og uføre formidler voksne telefonvenner for en ukentlig «trivselsamtale». En fast telefonvenn kan gi både glede og trygghet og er særlig aktuelt for dem som på grunn av helsesituasjon kommer seg lite ut blant andre. Telefonvennen ringer 15–20 minutter en gang i uka. Tilbudet er landsdekkende, og gratis for brukerne.



Kilde: www.telefonkontakt.no

Sliter på jobb

Drøyt 22 prosent av yrkesaktive svensker oppgir at de kjenner kroppslige eller psykiske arbeidsrelaterte plager som følge av stress, tungt manuelt arbeid, dårlig forhold til ledere og kolleger og vold og trusler. Det viser en undersøkelse blant 15 000 svensker. Den høyeste andelen med plager finner vi blant sysselsatte i helse og omsorg, sosiale tjenester og utdanning.



Kilde: Ledernet

Hjelp til å slutte

RUStelefonen og Uteseksjonen har lansert en app som skal være et lavterskel motivasjonsprogram for personer som opplever at bruk av cannabis har blitt et problem. HAP er navnet på appen. Den gir informasjon om vanlige utfordringer ved å slutte med langvarig cannabisbruk og gir tips, råd og strategier for å slutte eller redusere bruken. Alle som bruker appen er anonyme.

Appen kan lastes ned fra nettsiden til RUStelefonen: <http://www.rustelefonen.no>

Kilde: Dagensmedisin.no



Skaper frykt

Å arbeide med mennesker som har truende adferd kan være krevende. I en undersøkelse fra Sahlgrenska akademien, beskriver sykepleiere hvordan de kan oppleve at frykten setter seg etter en truende situasjon. Virkningen av trusler er ikke begrenset til arbeidsplassen. Den som utsettes for en trussel kan føle sterk frykt for å møte vedkommende ute i samfunnet. Sykepleierne i undersøkelsen mener god kommunikasjon er det beste virkemiddelet mot trusler og vold.

Kilde: Personal og ledelse





Bruk meg som en Sobril

På under ett år har medisinerer med benzodiazepiner blitt redusert til null ved Haugsåsen bokollektiv i Skien.

FAKTA

Av Caroline Boda Sakariassen, fagsykepleier

Lina Welfler, sykepleier

Vi som er sykepleiere ved Haugsåsen bokollektiv har en visjon. Som helsearbeidere har vi års erfaring innenfor demensarbeid. Sammen med geriatrisk hjelpepleier Ingunn, satt vi oss ned og skrev visjonen ned på et ark. Den var verken nytende eller revolusjonerende, men den fordret til en del holdningsarbeid og dugnadsinnsats fra pleiepersonellet.

I en tid hvor det omorganiseres nærmest annet hvert år på grunn av økonomi, føler vi at vi får alt mer å gjøre og mye mindre tid. Beboere på institusjon blir fort institusjonalisert og dessverre ser man at pleiepersonell i like stor grad følger etter. Så nå er det tid for å tenke annerledes. Erfaringen og teorien ligger der, både i form av taus kunnskap og eksplisitt kunnskap.

Uro hos beboere utløser ofte spørsmål om man kan gi en Sobril, slik at beboeren roer seg. Hverdager hvor aktiviteter ofte uteblir da man ikke har kunnskap, lyst eller tid til å aktivisere beboerne, gjør at mange beboere vandrer, er rastløse eller rett og slett sover seg gjennom hverdagene.

Hva om man kunne skape en avdeling hvor man levde i øyeblikket? Hvor rammene rundt hverdagen, både de fysiske og psykiske ligger godt til rette for å

«Hvem medisinerer vi for? Beboeren eller oss?»

skape gode øyeblikk, samfølelse og mestring. Denne visjonen hadde vi når vi startet dette prosjektet.

Veien ble til mens vi gikk, og resultatet, noen få måneder etter, er helt klart målbare!

Veien vår

Visjonen, som beskrevet over, har nok lenge ligget der,

men ingen har turt å ta skikkelig tak i den. Som pleiepersonell blir vi, selv om vi ikke liker å innrømme det, like institusjonalisert som våre beboere. Vi følger en døgnrytmeplan som er standardisert, og hvor man nærmest forventer at alle skal passe inn i. Livet derimot fungerer ikke slik. Og i alle fall ikke livet som dement. Uro og atferdsproblematikk er et økende problem, og beroligende piller er for mange en løsning. For oss også. Samtidig så kjenner man på det etiske dilemmaet – hvem medisinerer vi for? Beboeren eller oss?

Vi startet i det små. Beskrev prosjektet og la det frem for våre ledere. Alle endringer av større karakter er viktig å ha støtte i ryggen. Vi la frem hva vi kunne tenke oss, hva vi ville oppnå og hva vi hadde behov for. Vi fikk noen økonomiske midler, og etter iherdig leting på finn.no fant vi tidsriktige møbler. Gjennom samtaler med beboere og pårørende fikk vi tak i andre tidsriktige gjenstander. Gjenstander som beboere har et forhold til og som skaper følelser og ikke minst samtaleemner. Møbler, bilder og duker ble byttet ut, smekker ble byttet ut med forklær. Vi har en veldig flink og engasjert hjelpepleier på avdelingen som la mye tid i å skulle finne gjenkjennbare gjenstander. Da den fysiske rammen var på plass, startet veien mot å jobbe miljørettet.

Man må også, i tillegg til å ha en visjon, tenke fagrettet og målbevisst. Hva vil vi oppnå? Gagner dette bare oss, bare beboere eller alle sammen? Det å ha fokuset på personsentrert omsorg er intet nytt, men det å skulle fullstendig få implementert dette i en felles tenkning kan være utfordrende. Det å skulle se hver enkelt beboer for den hun eller han er, hva slags personlighet er der fra før av, hva slags bakgrunn, yrkes- og familiemessig må frem i lyset. Man må som pleiepersonell snakke sammen om dette, og sammen med pårørende og beboeren finne frem til den beste løsningen.

Holdningsarbeid hos pleierne er av stor betydning,



da det tar tid å overbevise, vise og lære bort og av hverandre. Mange har flere års erfaring innenfor demensomsorgen, og sitter med mye taus kunnskap. Samtaler, internundervisning og henvisning til reelle resultater har vært viktig. Engasjementet hos pleierne må være på plass for å oppnå suksess. Som fagarbeidere sitter vi med mye makt når det gjelder våre beboere – da især for hvordan hverdagen deres skal utarte.

Uro – for hvem?

Uro er en stor del av demensarbeidet. Men det å definere uro kan være vanskelig. For hva er egentlig uro? Og for hvem? Vil vi ha beboere sittende helt stille i stolen sin, dag etter dag etter dag? Hvor de etter hvert faller, både mentalt og fysisk. Eller vil vi ha dem oppe og gå? Ut i frisk luft, gå tur i gangene, være med på ulike aktiviteter? Når en beboer vandrer frem og tilbake i gangene, er dette uro? Muligens er det uro for personalet, men er det

uro for beboeren? Kanskje dette er hennes måte å få beveget seg på, kikke seg litt rundt, luften i hodet, orientere seg, få litt alenetid? Eller er det en hvileløs vandring på let etter mamma, barn, mann, toalettet, en vei ut? Dette må kartlegges og snakkes om. Og ut fra dette kan man skreddersy en omsorg som gjør at man kan møte beboeren i sin vandring. Ta en del av vandringen eller hente henne inn igjen og få roet henne ned før det utarter. Og er da Sobril svaret?

Vårt mål

Målet er å kunne jobbe systematisk med miljøarbeid, bruke dette i en terapeutisk setting, men at den ikke blir standardisert. Vi som mennesker er ikke standardiserte, og mennesker med en demensdiagnose er alt annet enn standardiserte. Å jobbe ad hoc har fungert for oss, man må velge riktig tidspunkt for når reminisensarbeidet skal starte.

Dersom man klarer å definere uro hos en beboer,

TRIVSEL: Sykepleierne bruker miljøbehandling aktivt for å skape trivsel og dermed redusere angst og uro. Illustrasjonsfoto: Colourbox





altså, hva som er reel uro, og hva som fungerer mot dette, som ikke innebærer medisiner, da har man funnet en fantastisk løsning. Klarer man da å stagge denne uroen før den eskalerer, da har man funnet gull! Hos en beboer på en av avdelingene her er det å kunne tittle i et fotoalbum det som gjør at hun roer seg. Da lever hun i de øyeblikkene og historiene fotoalbumet forteller, dette skaper trygghet, gjenkjennbarhet og ikke minst mestringsfølelse. Eller å kunne prate om hva slags yrke man har hatt sammen med beboere som har en høy yrkesstolthet, kan være med på å skape en følelse av tilhørighet, samhold og ikke minst stolthet.

Det å skulle anerkjenne at vi som pleiepersonell kan være løsningen er ikke nytenkende, men det å skulle erfare det kan være en lang vei å gå.

Personsentrert omsorg

Miljøbehandlingen brukes aktivt for å skape trivsel, aktivitet, glede, livskvalitet og dermed redusere angst og uro. Miljøbehandlingen gjennom person-

sentrert omsorg skaper et skreddersydd tilbud til hver og en. Sykepleier Lina og geriatrisk hjelpepleier Ingunn har basert sin internundervisning om personsentrert omsorg og miljøbehandling på Gundersons miljøprosesser (strukturert miljøbehandling i demensomsorgen) – trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse (Helsedirektoratet). Det er også blitt vektlagt at miljøterapi er det fysiske rommet, men også pleierne i miljøet er en viktig faktor. Gjennom dette jobbes det systematisk slik at den personsentrerte omsorgen blir både forebyggende og har en behandlende effekt.

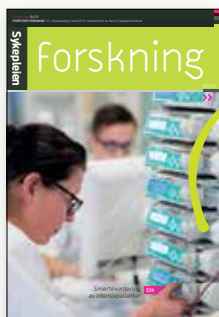
I underkant av et år har man redusert medisinering med tanke på benzodiazepiner til null. Gjennom aktivt å søke kunnskap om beboeren, skape trygge rammer, validere beboerens følelser, være i øyeblikket, ser vi at dette har en utrolig mye bedre effekt enn å gi for eksempel en Sobril. ■

Artikkelen sto første gang på trykk i tidsskriftet Geriatrisk sykepleie.

ANNONSE

Sykepleien Forskning

Er blitt heldigital. Masse spennende innhold ligger på sykepleien.no under fanen Forskning. Her finner du et omfattende arkiv som kan være nyttig både i din jobb og om du studerer. Lik oss gjerne på Facebook for lettere å følge med på, samt lese hva andre mener. Vi er nå over 4200 følgere, men har plass til mange fler! Lik oss i dag, og inviterer gjerne dine venner også!



Sykepleien
Forskning



LÆR OM FORSKNING:
Redaktør Barth Tholens anbefaler studenter å skaffe seg Forskningens ABC, som blir gitt ut av tidsskriftet Sykepleien. Foto: Marit Fonn

Forskning til folket



Nå kan du finne «alt» om forskningsartikler på ett sted. Sykepleien sender ut Forskningens ABC gratis til alle studentmedlemmer i Norsk Sykepleierforbund.

Tekst **Nina Hernæs**

Hvordan søker man etter forskningsartikler, hvordan leser man forskning og hvordan skal den vurderes og brukes? Sykepleien har samlet grunnleggende spørsmål og forsøkt å svare på dem i en egen artikkelsamling: Forskningens ABC.

Kort og presist

Samlingen er basert på artikler som har stått på trykk i Sykepleien Forskning, men stoffet er systematisert og gjort mer tilgjengelig. Artikkene er korte og presise.

Forskningens ABC gis ut fordi stadig

flere studenter etterspør grunnleggende informasjon om hvordan de skal forholde seg til og bruke forskning.

«Artikkene er korte og presise.»

Artikkelsamlingen er delt opp i fem hovedbolker:

Hvordan SØKE etter forskning? Hvordan LESE forskning? Hvordan kan vi VURDERE forskning? Hvordan kan

vi BRUKE forskning i praksis? Hvordan kan vi selv SKRIVE en god forskningsartikkel?

Mulig for flere

Forskningens ABC sendes gratis ut til de 1 200 studentene som er medlem i Norsk Sykepleierforbund. Men det er mulig for andre å få tak i samlingen. Da koster den 49 kroner, fritt tilsendt. Forskningens ABC kan bestilles på redaksjonen@sykepleien.no.

Artikkene kan også leses på sykepleien. no/article-themes/forskningens-abc ■



Ruspolitiske utfordringer

Hvordan skal vi forhindre at unge mennesker blir narkomane? Her er seks ruspolitiske utfordringer vi står overfor i Norge.



Av Kari Lossius,
klinikkdirektør, Bergensklinikken

Gjennom 21 år har det Europeiske overvåkningscenteret for narkotika og narkotikamisbruk levert årlige statusrapporter om det illegale rusmarkedet i Europa. Denne, og lignende rapporter, gir oss en mulighet til å se på hvilke ruspolitiske utfordringer vi står ovenfor i årene som kommer. I årets rapport peker det Europeiske overvåkningscenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA), ikke overraskende, på at heroin er fremdeles det mest utbredte illegale opiatet blant rusmiddelavhengige i Europa. Populariteten er imidlertid dalende samtidig som brukergruppens alder er stigende. I relativ nær fremtid vil eldre rusmiddelavhengige med behov for pleie og omsorg kreve en betydelig innsats innen rus og kommunal eldreomsorg. Derfor er det gledelig å lese i BT at Landås Menighets Eldresenter har planer om en avdeling for eldre rusmiddelavhengige. Vi vil trenge mange slike avdelinger fremover. Den andre utfordringen som rapporten påpeker er endringene i det illegale rusmarkedet. Dagens marked er mer sammensatt enn tidligere og det tilbyr flere typer rusmidler. Mengden av syntetiske rusmidler øker parallelt med et større tilfang av legemidler som opiat og benzodiazepiner. Menyen er med andre ord utvidet.

Kortreist rus

Mens de mer tradisjonelle rusmidlene

smugles inn fra Afrika, Asia og Sør Amerika, har vi fått en oppblomstring av nye syntetiske rusmidler som enten importeres fra Østen, eller de produseres i Europa nært brukerne, såkalt kortreist rus. Det er ikke vanskelig å forestille seg at Europa er et interessant og attraktivt produksjonsområde for kyniske profitører. Utgifter og stress

«Ensomhet og utestengelse er med andre ord livsfarlig.»

reduseres når en slipper risikofylte transportetapper, plagsomme grensekontroller eller kostbare mellomledd. Det er betimelig å spørre om det mulig å nedkjempe profesjonelle, kreative, narkolangere som alltid ser ut til å ligge et hestehode foran oss? Uansett svar, i årene som kommer bør vi i enda større grad tilrettelegge for at mennesker med en illegal rusmiddelavhengighet får behandling ikke straff.

Syntetiske rusmidler

Den tredje utfordringen er produksjonen av de nye syntetiske rusmidlene. Disse lages vanligvis av kjemiske stoff

som brukes til helt lovlige formål, er relativt lett tilgjengelig og kan «kjøpes over disk». Kort sagt, produktet er enkelt å lage og lett å selge til en meget rimelig pris. Vi trenger ikke en «Nygårdspark» for å få tak i dop. Vi kan sitte hjemme i godstolen, bestille ønsket rusmiddel over nettet, og vente på at det dumper ned i postkassen vår i små fargerike poser som til forveksling likner blomsterfrø eller godteri.

Den fjerde utfordringen er ingrediensene i de ulike produktene. Selv om illegale syntetiske rusmidler lages av kjente kjemikalier, kjenner vanligvis verken brukerne eller hjelpeapparatet til den kjemiske sammensetningen i det aktuelle stoffet. Hva er virkningene eller bivirkningene, kan det utløse overdoser, har vi motgift, hvor skadelig er rusmiddelet på kort og lang sikt, er det iblandet rottegift, og hvor rent/urent er det?

En ungarsk kollega fortalte om et nytt syntetisk rusmiddel fra sitt hjemland. Stoffet ga rask avhengighet og hadde rask halveringstid, det vil si at virkningen gikk fort ut av kroppen. Flere brukere opplyste at de måtte innta rusmiddelet over 20 ganger hver dag. Dette medførte at dagene kun gikk med til en kontinuerlig jakt etter rus. Ukjente rusmidler gir oss også utfordringer i det forebyggende arbeidet. Hvordan skal vi for eksempel sikre saklig informasjon til unge om skadevirkninger når vi, de

voksne, ikke har tilstrekkelig kunnskap om det vi skal snakke om? Og hvordan skal vi forholde oss når unge via nettet vet mer om stoffet de putter i seg, enn det vi «ekspertene» gjør?

Dødelig lidelse

Den femte utfordringen er at rusmiddelavhengighet er en potensiell dødelig lidelse. I 2014 døde 6800 mennesker i Europa av en overdose av heroin, eller tilsvarende rusmiddel. De nordeuropeiske landene topper overdosestatistikken med Estland på første og Sverige på andre plass. Norge ligger langt oppe på statistikken med rundt 260 dødsfall hvert år.

Nå åpner Bergen snart sitt første sprøyterom. Dette er bra. Tilbudet har vært etterlyst av fagfolk i årevis. I fremtiden er det viktig at helsemyndighetene snur seg mye raskere rundt og realiserer tiltak som redder liv og helse. Brukergrupper og fagfolk har i mange år påpekt behovet for økt satsing innen bolig, arbeid, behandling og ettervern. Det er bare å sette i gang.

Utestengelse er farlig

Den sjettede utfordringen er å tenke fremtid. Hva må til for at unge mennesker kan få leve livene sine uten å utvikle en eller annen form for alvorlig avhengighet? Og hvordan skal vi hjelpe de som allerede sliter med en avhengighet.



UTSATT: Hvis vi vil gi vår ungdom et godt og langt liv, kan vi begynne med å sørge for at ingen av dem blir ensomme og utestengte fra samfunnet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Forebygging av rusproblemer handler sjeldent om rus, og god rusbehandling er mye mer enn behandling av en ruslidelse. Felles for gode tiltak er at de fokuserer på inkludering og at vi alle har et grunnleggende behov for å få delta i et fellesskap.

Forskning har vist at det er to forhold som har betydning for økt livslengde. Den ene er å få være aktiv deltaker i samfunnet, det andre er at man har en, det er nok, eller noen gode venner. Ensomhet og utestengelse er med andre ord livsfarlig. Med dette som utgangs-

punkt vet vi kanskje allerede mye om hvordan vi bør møte noen av fremtidens utfordringer. ■

Saken har tidligere stått på trykk i BT.no

«De nordeuropeiske landene topper overdosestatistikken.»



Verdig alderdom for rusavhengige



Av Tor Engevik,
Leder NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Er rus en aktuell problemstilling i geriatrien? Ja absolutt. Rusavhengige har også behov for eldreomsorg. Spørsmålet er om eldreomsorgen er godt nok rustet til å ivareta den eldre rusavhengige.

Petter uteligger eller Petter Nyquist, som han egentlig heter, har med tv-serien om sine 52 dager som uteligger blant Oslo rusavhengige gitt oss innblikk i noen av skjebnene bak rusavhengigheten. Mange hevder at serien har fungert som folkeopplyser. Den har kanskje til og med fått folk til å endre holdning. Rusavhengige viser symptomer på geriatriske sykdommer mye tidligere enn gjennomsnittet. Dette kommer blant annet frem i en studie fra regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, «Helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR». Rusmisbrukere i slutten av femtiårene kan ha helseproblemer som tilsvarende de eldre i normalbefolkningen. Dette betyr at det også må finnes en plass til dem i eldreomsorgen.

Økende behov

Leder ved Strax-huset i Bergen, Hugo Torjussen sier at behovet for sykehjemsplasser for eldre rusavhengige er økende. Dette begrunner han med økt levealder for denne gruppen som følge av at helse-

tjenestene og oppfølgingen av den enkelte er blitt bedre. Torjussen berømmer kirkeens bymisjons lavterskeltilbud som i dag dekker noe av omsorgsbehovet gjennom gatehospital, men sier at dette på langt nær er nok.

På de fleste sykehjem forventes det at pasientene er rusfrie, men for eldre med

«På de fleste sykehjem forventes det at pasientene er rusfrie.»

alkohol og opiatavhengighet kan dette ofte være umulig. Siden 2006 har 17 plasser ved Stokka sykehjem i Stavanger vært forbeholdt pleietrengende rusavhengige. På avdelingen er det tillatt med både alkohol og sigaretter så lenge det ikke skader andre. Og selv om illegale stoffer ikke er lovlig, sørger personalet for rene sprøyter til dem som har behov for det. På Stokka har målet vært å gi den enkelte pasient

best mulig livskvalitet ut ifra sin rusproblematikk.

Satt på dagsorden

Et svært viktig tema ble satt på dagsordenen i Bergens Tidendes leder den 11. august 2016. Den handlet om eldreomsorg for rusavhengige og vi kunne lese at Bergen endelig kan få sin første sykehjemsavdeling med sju plasser for rusavhengige på Landås menighetseldresenter. Kartlegging har avslørt at rundt 50 rusavhengige eldre i Bergen har behov for heldøgns pleie på sykehjem. For dem er dette en gledelig om enn spe begynnelse.

Som samfunn skal vi vurderes ut fra hvordan de mest sårbare av oss blir behandlet. Uavhengig av personlig ståsted i ruspolitikken er det på sin plass å berømme sykepleier og helsebyråd i Bergen, Rebekka Ljosland, når hun nå går i gang med å gi også rusavhengige som ikke klarer å slutte med rusen et verdig heldøgns tilbud. En verdig alderdom må også være et mål for rusavhengige. ■

Saken har tidligere stått på trykk i tidskriftet Geriatrisk sykepleie (nr. 3-2016).



Honorar på
500 kroner!

Vil du være stemmen fra praksis?

Sykepleien Forskning trenger sykepleiere som kan kommentere forskningsartikler fra praksisfeltet. Kommentarene skal være korte og handle om hvordan innholdet i artikkelen har klinisk relevans. Hvis du vil bidra, får du god hjelp og veiledning underveis. Slike praksiskommentarer er populære og viktige, både for forfatterne og sykepleiere i praksis.

Som takk for hjelpen får du kr 500,-.

Send e-post til oss i dag så tar vi kontakt med deg: forskning@sykepleien.no

Sykepleien

forskning

facebook.com/SykepleienForskning





SLUMSØSTRE SOM HJEMMESY-KEPLEIERE: Mange av dagens helsetilbud var det Frelsesarmeens slumsøstrene som startet. Når det ikke fantes annen hjelp å få, trådte søstrene til. De var i praksis datidens hjemmesykepleiere.

De viste omsorg og tok vare på folk, ved sykdom, fattigdom og alderdom. Slumsøstrene kom til og med på døren med mat og klær når fortvilede familier ikke visste sine arme råd.

På dette bildet er et knippe slumsøstre i Oslo samlet en desemberdag i 1967. Det er siste søndag før julaften, og søstrene pakker inn julegaver til fattige barn i hovedstaden. «Over femti barn i alderen fire til tolv år fikk hver sin pakke med strekkbukse, genser, undertøy, skjorte og tannpasta. Jentungene fikk ny kjole, spesielt tatt ut til dem», fremgår det av bildeteksten.

Kilde: Scanpix/Frelsesarmeen



Lite kunnskap om samisk kultur

Det bor samer i hele Norge, men mange skjuler sin opprinnelse. Får de egentlig den helsehjelpen de behøver?

Tekst **Anne Kristiansen Rønning**, kommunikasjonsrådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Den gamle dama hadde bodd på Tåsen i Oslo siden 1950-tallet. En dag, da hun var langt uti alderdommen, begynte hun å lalle og bable. I alle fall trodde familien det.

– De trodde hun snakket tull og hettet legen. Men hun snakket språket sitt. Samisk. Hun hadde bare aldri fortalt noen i Oslo at hun var same. Heller ikke de nærmeste, forteller Renate Simonsen, sosialantropolog og FoU-rådgiver ved SANKS.

Hun forteller at det er mange slike historier.

– Det er en påført skam, som kan gå gjennom flere generasjoner, med de implikasjonene det medfører. Også de helsemessige. Det setter seg både i kroppen og sjela, slår hun fast.

Uvitenhet hos helsepersonell

– Mange nordmenn, også helsepersonell som møter samiske pasienter, har lite kunnskap om samer og den samiske kulturen. Det sier Frøydis Nystad Nilsen, enhetsleder for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ved SANKS.

– Det handler om et folk som ble splittet da landegrensene kom. Slekter ble delt i to – grensene gjorde at noen i slekta ble norske, andre finske.

– Det handler også om fornorskningspolitikken, som førte til at samiske barn ble plassert på internat fra de var seks,

sju år gamle, med foreldrene langt unna, sier Nystad Nilsen.

Skammen og sorgen er der fortsatt

Å snakke samisk var forbudt. Barna måtte snakke norsk. Slike internater fantes helt ut i 1970–1980-tallet.

Fornorskningspolitikken har ført til at mange føler skam ved sin samiske bakgrunn. Og mange lever med en sorg, over det som forsvant. Men det er også mer som har skapt traumer.

– Tyskernes brenning av Finnmark i 1944 rammet samene hardt. Og kårene

«Det er en påført skam, som kan gå gjennom flere generasjoner.»

som reindriftssamene har nå, særlig i de sør- og lulesamiske områdene, er tøffe.

Det er mye som sliter på samene. Mange opplever det som at de er i en evig kamp mot resten av samfunnet, sier psykiateren.

Ser annerledes på sykdom

Samekulturen er annerledes enn den norske på mange måter. Sykdom, for eksempel, handler for mange ennå om

noe helt annet enn det legevitenskapen forteller.

– Fremdeles er skjebnetro og ganning levende i samekulturen. Det er ikke rart at vanlig norsk helsepersonell, uten bakgrunn for å forstå den samiske kulturen, sliter i møtet med samiske pasienter, slår Nystad Nilsen fast.

Men det finnes råd.

– Det er derfor vi er her, vi i SANKS, sier hun.

Vi er der folk bor

Samiske pasienter fra hele landet kan henvises til SANKS. Helsepersonell fra hele landet kan også ta kontakt med SANKS og få råd. Det utadrettete arbeidet er, i tillegg til det kliniske, noe av det viktigste de gjør ved SANKS. Det handler om å informere ikke-samiske helsekolleger på ulike nivå om samisk kulturforståelse.

– Vi veileder også helsepersonell over landegrensene, gjennom at SANKS har samarbeidsavtale med Jæmtlandslan i Sverige, og Finnmarkssykehuset har samarbeidsavtale med Rovaniemi sykehus i Finland. Den samiske problematikken er grenseoverstigende, forklarer psykiateren.

Ta gjerne kontakt

SANKS sitt nasjonale team har kontor i Tysfjord, Bodø, Snåsa og Oslo.

– Det er der ute, der folk bor, at man



BLIR IKKE SETT: Mange samer blir ikke møtt på en god måte av helsepersonell, viser forskning. Foto: Berit Roald/Scanpix

kan hjelpe folk mest. Og vi er her, også for de kommunale helsetjenestene. Vi gir veiledning og undervisning, i ulike fagtema med fokus på samisk kulturforståelse. Det er bare å ta kontakt, oppfordrer Nystad Nilsen.

– Mange samer blir ikke møtt på god måte av helsepersonell, viser forskning.

Selvmondsbølgen blant unge samer på 1980-tallet førte til at det ble opprettet et psykiatrisk ungdomsteam på stedet i 1994. Teamet hadde særlig fokus på rus- og selvmordsproblematikk. Dette, og opprettelsen av BUP i Karasjok på 1980-tallet ble den spede starten til SANKS.

– Forskning viser at mange samer ikke føler de blir møtt på en god måte av helsevesenet. Helsepersonellet har ikke den kulturforståelsen som må til, påpeker hun.

Sju ansatte med doktorgrad

Ved SANKS har de kompetanse på denne kulturforståelsen. Mange av de ansatte har selv samisk bakgrunn.

– Og forskerne våre kommer stadig med ny kunnskap. Foreløpig har vi sju ansatte med doktorgrad, sier psykiateren.

Kultursensitivitet er alfa og omega

Finnmarksklinikken er også en del av SANKS. Det er en tverrfaglig spesialisert rusbehandling med kompetanse på samiske pasienter. Pasientene kommer fra hele landet. Enhetsleder Ellen Ingrid Eira forteller hvor viktig det er for de ansatte å ha kultursensitivitet i forhold til det samiske.

– For resultatet av behandlingen av samiske pasienter er det ofte alfa og omega, avslutter hun. ■

FAKTA

SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus)

- Har et nasjonalt ansvar for å bidra til utviklingen av et likeverdig tilbud innen psykisk helsevern og rus for den samiske befolkningen i hele Norge.
- Har nasjonale kompetansesenterfunksjoner innen psykisk helsevern og rus for hele den samiske befolkningen i Norge og psykiatriske funksjoner for alle i Midt-Finnmark. Kompetansetjenesten er en integrert del av spesialisthelsetjenesten i Finnmarkssykehuset.
- Har som oppgaver å videreutvikle kliniske tjenester, fremme og drive forskning og utviklingsarbeid, tilby undervisning og veiledning, tilby spesialistutdanninger, praksisplaser og hospitering.

Ulrike enheter

- Forskning og utvikling (FoU): Arbeider for å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper samiske brukere innenfor det psykiske helsevernet i Norge.
- Nasjonalt team: SANKS ønsker nærhet til sine brukere der de befinner seg og har utekontorer i Tysfjord, Bodø, Snåsa og Oslo.

Psykisk helsevern

og rus – barn og unge:

- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)
- Familieenhet
- Ungdomspsykiatrisk enhet (UPA)
- Samisk ungdomspsykiatrisk team PUT/Tverrfaglig spesialisert rusbehandling TSB

Psykisk helsevern

og rus – voksne:

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP)
- Akutteam
- Døgnenhet
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) Finnmarksklinikken



Hva er egentlig miljøterapi?

Beskrivelser av hva miljøterapi er kan ofte bli uklare og ulne. Selv erfarne miljøterapeuter kan ha problemer med å sette ord på hva miljøterapi egentlig er (1). Denne artikkelen er en omarbeidet tekst basert på et utdrag fra boken Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon (2) og er ment som en avklaring på miljøterapibegrepet.

FAKTA

Av Ole Greger Lillevik, førstelektor, UiT Norges arktiske universitet, campus Narvik

Lisa Øien, førstelektor, UiT Norges arktiske universitet, campus Narvik

Miljøterapi har sitt utspring i institusjonsbehandling, og er i dag ofte knyttet til arbeid i boliger for utviklingshemmede, barnevernsinstitusjoner og institusjoner for rusomsorg og psykisk helse (3). Felles for disse er at terapeuten forholder seg til brukeren i døgnkontinuerlig omsorg, i motsetning til for eksempel poliklinisk virksomhet eller arbeid på familievernkantor hvor man forholder seg til klienten i kortere, mer tidsavgrensede møter (3). Miljøterapi har gjennom historien utviklet seg til et mangfold av ulike teoretiske retninger (4). Man kan på bakgrunn av dette si at miljøterapi er et uavgrenset begrep. Når noen sier de benytter miljøterapeutisk tilnærming i arbeidet, kan en ikke uten videre vite hvilke metoder de bruker eller hvilken grunnlagstenkning arbeidet hviler på. Miljøterapi som begrep er dermed et uttrykk for en fagideologisk tenkning, snarere enn en konkret metode. Slik vi ser det må all miljøterapi være fundert på en humanistisk fagideologisk tenkning.

«Det handler også om å arbeide for å motvirke tilfeldigheter.»

Overordnet kan vi si at miljøterapi er en samhandlingsform som preges av hjelperens planlagte, tilrettelagte og systematiske bruk av det som skjer i samspillet mellom bruker og hjelper i miljøet, i «her og nå»-situasjonen. Et faglig planlagt arbeid kan sies å stå i kontrast til det tilfeldige (5). For at arbeidet skal forstås som miljøterapi, kreves det noen grunnleg-

gende forutsetninger. Slik vi ser det, må miljøterapien:

- begrunnes faglig
- være planlagt
- nyttiggjøre seg samhandling i samspill med omgivelsene
- tilrettelegge for fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst
- bygge på et humanistisk ideal som preges av omsorg, anerkjennelse og respekt for menneskets egenverd og integritet.

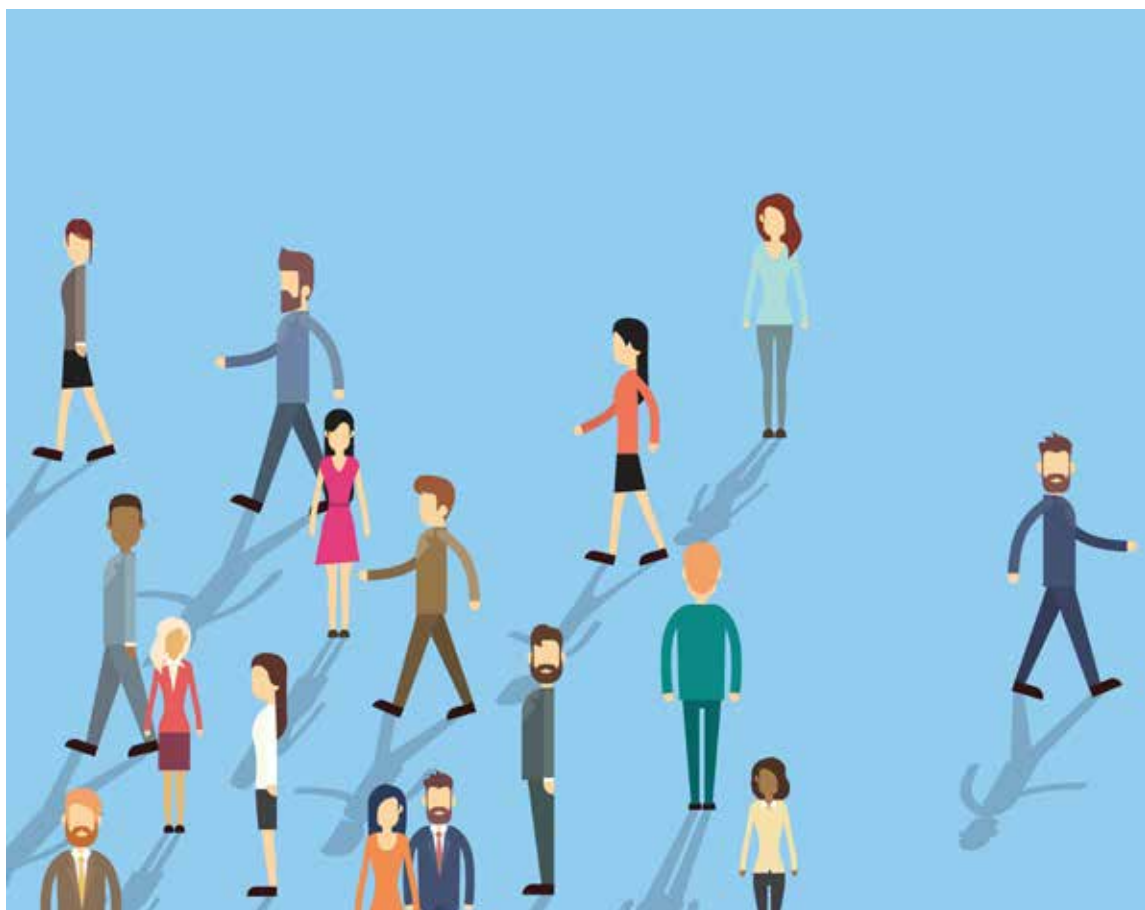
Vi skal i det følgende redegjøre nærmere for det vi mener er de grunnleggende elementene i det vi har valgt å kalle en holistisk humanistisk miljøterapi. Vi definerer miljøterapi slik:

Miljøterapi er en planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet som nyttiggjør seg av de til enhver tid tilgjengelige ressurser som omgivelsene gir. Gjennom samhandling tar en sikte på å legge til rette for fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst – og å styrke brukerens egenomsorg. Dette oppnås ved å variere mellom støtte og utfordring i en terapeutisk allianse preget av anerkjennelse og respekt for brukerens egenverd og integritet.

Definisjonen er inspirert av Hummelvolls (6) definisjon på psykiatrisk sykepleie.

Terapeutisk virksomhet

At miljøterapien er en terapeutisk virksomhet, innebærer at den har en terapeutisk hensikt som innebærer en forventet terapeutisk virkning. Miljøterapien må kunne begrunnes, og den må bygge på anerkjente faglige teorier og metoder. Planlegging av



miljøterapien innebærer at den skal kunne beskrives før den iverksettes. Det handler også om å arbeide for å motvirke tilfeldigheter. Samtidig må terapeuten være i stand til å utnytte uforutsette muligheter når de oppstår. Miljøterapien må derfor også gi rom for det en kan kalle terapeutisk spontanitet (3).

Ressursgrunnlag

Miljøterapiens tilgjengelige ressurser befinner seg innenfor de institusjonelle rammene. Institusjonell i denne sammenhengen betyr ikke innenfor en bygningsmessig institusjon, men innenfor virksomhetens rammebetingelser. Rammene utgjør de omgivelsene eller det miljøet som miljøterapien utøves innenfor. Miljøet omfatter alt omgivelsene i en gitt situasjon inneholder. Miljøet er ikke avgrenset til et enkelt fysisk område, men er den totale konteksten hvor bruker og terapeut til enhver tid kan være i samhandling for å skape vekst. Det kan med andre ord være alt

som er rundt brukeren, alle de fysiske og psykososiale omgivelsene som han eller hun befinner seg i. Det terapeutiske miljøet kan derfor være i eller utenfor en institusjon, det kan være på en arbeidsplass, i et bofellesskap, på butikken, ute i naturen eller i brukers hjem og/eller sammen med familie, for å nevne noe.

Det kan skilles mellom rammebetingelser som ligger innenfor miljøterapiens myndighetsområde, og de som ligger utenfor. Utenfor myndighetsområdet finner vi faktorer som for eksempel lovverk, forskrifter og økonomiske rammer som virksomheten og den enkelte hjelper er bundet av. Dette er faktorer vi alltid er nødt til å ta hensyn til, og som både skaper muligheter og setter begrensninger for våre tiltak. De faktorene som ligger innenfor miljøterapiens myndighetsområde, er alle de faktorene som det miljøterapeutiske kollegiet mer eller mindre kan påvirke selv. Slike faktorer kan være;

- ansattes faglige kompetanse

MILJØ: Det terapeutiske miljøet kan være i og utenfor en institusjon. Det kan være på en arbeidsplass, i et bofellesskap, på butikken, ute i naturen eller i brukers hjem. Foto: Colourbox





- ansattes personlige kompetanse
- antall ansatte og fordeling av stillingsbrøker (del-tids-/heltdsstillinger)
- sammensetning av personalet (alder, kjønn, kompetanse)
- trygghet, trivsel og åpenhet
- brukergrupper og enkeltbrukere
- personalgruppen og enkeltansatte
- turnusordninger (hvem og hvor mange er på jobb, når)
- ansvarsavklaringer og stillingsinstrukser
- systemer for rapportering og deling av informasjon
- strukturer for medbestemmelse og innflytelse for både ansatte og brukere
- interne regler og forventninger som styrer de ansattes arbeid
- regler for atferd for brukerne
- tid
- strukturer for samarbeid med og tilgang på eksterne samarbeidspartnere
- fysiske miljøfaktorer

Dette er ikke ment som en fullendt liste, men den viser kompleksiteten av variabler som kan påvirke det miljøterapeutiske arbeidet. Det vil neppe være verken hensiktsmessig eller mulig å ta hensyn til alle nyanser i omgivelsene, men det er hjelperens oppgave å se hvilke faktorer som påvirker miljøterapien, og samtidig se hvilke muligheter og begrensninger disse faktorene gir (3).

Relasjonen

Samhandling og samvær er sentrale og essensielle elementer i miljøterapien. Samhandling er et begrep som ikke bare innebærer handling, forstått

«Terapeutens forståelse er avgjørende for å kunne hjelpe.»

som aktivitet. Samhandling er et relasjonelt begrep. Vi står i samhandling med hverandre, og gjennom sosiale relasjoner skapes et felles erfaringsgrunnlag. Dette fellesskapet danner grunnlag for brukerens vekst og terapeutens forståelse. Terapeutens forståelse er avgjørende for å kunne hjelpe. Det er erfaringer gjennom å være sammen i «her og nå»-situasjoner som bidrar til vekst og utvikling. Kvaliteten på relasjonen mellom bruker og terapeut

er derfor avgjørende for miljøterapiens bidrag inn i brukerens bedringsprosess (7). Relasjonen danner grunnlaget for en arbeidsallianse der partene kan arbeide mot felles mål. Hjelperen kan arbeide opp mot både enkeltbrukere og grupper av brukere. Når de miljøterapeutiske tiltakene retter seg mot en gruppe, vil gruppens vekst ha betydning for enkeltbrukere, og enkeltbrukeren vil ha betydning for gruppen som helhet.

Flere studier viser til hjelperholdninger som er viktige for trygghet og tillit i relasjonen (6, 8, 9). Vi har her samlet noen sentrale holdninger som bidrar til gode brukerrelasjoner:

- Gi anerkjennelse og vis empati
- Vær konsentrert nærværende
- Gi brukerens opplevelse forrang
- Vis likeverdighet
- Vær åpen og ærlig
- Våg å vise deg frem som person
- Våg å le av deg selv, le sammen med brukerne (humoristisk sans)
- Skap trygghet
- Vis personlig omsorg, innlevelse og vis at du vil den andre vel
- Gi støtte og formidle håp
- Vis evne til samarbeid
- Overfør makt tilbake til brukeren
- Vær forutsigbar med hensyn til både grenser og reaksjoner når grensene trækkes over.

Formål

Miljøterapien skal bidra til både menneskelig fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst. Brukeren må forstås som en kompleks helhet, hvor alle sider av menneskets aspekter står i gjensidig påvirkning av hverandre. Problemer knyttet til et eller flere av disse aspektene vil påvirke de andre. Tradisjonelt sett har miljøterapien vært særlig rettet mot å stimulere til vekst i sosiale ferdigheter, og redusere psykiske problemer. De fysiske aspektene har i større grad blitt sett på som det somatiske helsevesenets ansvarsområde. Slik vi ser det, er det avgjørende at hjelperen ikke overser aspekter ved brukeren som innvirker på helheten, dette innebærer at også fysiske faktorer har betydning for brukerens mulighet for å oppnå økt mestring av egen situasjon.

Faktorer som; kognitive ferdigheter, gode problemløsningsstrategier, impuls kontroll i stressituasjoner, empatistyrke, trivsel og motivasjon, trygt sosialt nettverk, gode rollemodeller, stabil hjem-

mesituasjon og kvalitet og stabilitet i relasjoner er alle faktorer som bidrar til å styrke brukerens ferdigheter til å mestre indre og ytre utfordringer.

Egenomsorg må forstås som det en person gjør for å ivareta sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Det handler derved om evne til selvivaretagelse på mange ulike områder i livet. Nedsatt evne til egenomsorg kan skyldes mange og ulike forhold. Det kan for eksempel være mangel på kunnskap om sammenhengen mellom hvordan en lever og de konsekvensene det gir, mangel på sosial støtte, manglende motivasjon, mangel på fysiske og psykiske krefter eller reduserte kognitive evner (6). Miljøterapien skal i seg selv bidra til vekst, og den skal bidra til at brukeren selv kan vedlikeholde vekst. Det innebærer at den skal styrke selvstendighet og autonomi og fremme brukerens evne til egenomsorg.

Terapeutisk prosess

For å fremme utvikling og å understøtte brukerens egenomsorgsevne er det nødvendig at hjelperen varierer mellom avstand og nærhet, beskyttelse og utfordring, i henhold til brukerens behov. Dette er grunnleggende variabler i de terapeutiske prosessene. I samhandlingen kan brukeren utfordres i trygge omgivelser. Dersom en ikke makter å balansere mellom beskyttelse og utfordring, vil en kunne være overbeskyttende når brukeren i realiteten er klar for utfordringer. Vi vil da risikere å overstyre brukerens egen mestring. Det vil igjen kunne føre til passivitet, et redusert selvilde, lært hjelpeløshet og institusjonalisering. Dersom en på den annen side gir utfordringer når brukeren ikke har forutsetninger for å mestre situasjonen, vil det kunne føre til en opplevelse av å mislykkes, og derved en opplevelse av hjelpeløshet, håpløshet og et redusert selvilde. Resultatet vil være at brukerens vansker vedlikeholdes eller til og med øker. Hjelperens evne til å tilpasse tiltak i forhold til bruker og situasjon er derfor avgjørende for resultatet av miljøterapeutiske tiltak.

Anerkjennelse

Når det terapeutiske miljøet er preget av anerkjennelse og respekt for brukerens egenverd og integritet, innebærer det at terapiformen er bemyndigende i sitt vesen. I alle relasjoner inngår det makt. Hjelper-bruker-relasjonen utgjør et tydelig asymmetrisk avhengighetsforhold, der en person er avhengig av en annen persons hjelp. Det hviler derfor et særlig ansvar på hjelperen for å forvalte denne implisitte makten på en moralsk ansvarlig måte (10). Empati og



anerkjennelse må stå sentralt i den terapeutiske relasjonen. Begge begrepene er knyttet til forståelse av og for den andre. Det handler om innlevelse og evne til å settes seg inn i brukerens opplevelse. Empati og anerkjennelse omfatter både et holdningsaspekt og et handlingsaspekt som skal sikre at vi bruker vår makt på en måte som ikke krenker den andre.

Når hjelper og bruker inngår i en terapeutisk allianse, betyr det at det er noe en er sammen om, og enige om. En går sammen, i samme retning. Når en står i en felles allianse, har det også betydning for kvaliteten på relasjonen. En står i et samarbeidende forhold der bruker og hjelper vil det samme; i et fellesskap med felles mål, der hjelperen tar hensyn til brukeren som et selvstendig og likeverdig individ. Selve kvaliteten på relasjon mellom hjelper og bruker fremheves ofte som en avgjørende faktor for resultatet. En del forskning viser nettopp til at hovedårsaken til variasjon i behandlingsresultater kan forstås ut fra relasjonelle årsaker, og at gode resultater i realiteten beror på den enkelte hjelperen (11). Kvaliteten på alliansen fremheves dermed som viktigere enn metodevalg, teori og teknikk.

Anerkjennelse handler også om å fremstå som ekte i relasjonen. Det synliggjør betydningen av selve relasjonen, og det gjør at kvaliteten på hjelper-bruker-relasjonen handler om noe personlig. Dette kan aldri bli en prosedyre, men er egenskaper som er integrert i hjelperens personlighet og derfor en del av dennes personlige kompetanse. Det er en forskjell

MAKT: Hjelper-bruker-relasjonen utgjør et tydelig asymmetrisk avhengighetsforhold, der en person er avhengig av en annen persons hjelp. Det hviler derfor et særlig ansvar på hjelperen. Foto: Colourbox

på å bestemme seg for å bekrefte og det å gi en umiddelbar anerkjennelse (8). Den umiddelbare responsen har en intersubjektiv karakter på den måten at hjelperen fremstår som deltakende i relasjonen.

Hjelperens bestrebelse etter å forstå har også et viktig etisk aspekt: Jo bedre en forstår et annet menneske, desto vanskeligere er det å behandle dette mennesket som en ting (12). Det å være virkelig villig til å forstå den andre og å ta hensyn til det spesielle står på mange måter i kontrast til den tradisjonelle biomedisinske forståelsesmodellen. Der blir kunnskapen om brukeren basert på gjennomsnittsbrukeren, og individuelle forskjeller tas ikke hensyn til på samme måte (13).

I den terapeutiske alliansen må brukeren oppfatning av problemer, årsaker og løsninger ha en avgjørende rolle (14). Å ta hensyn til brukeren forståelse av egen situasjon gjenspeiler en bemyndi-

«Det er gjennom ekte engasjement grunnlaget for tillit legges.»

gende holdning i samhandlingen. En slik holdning er en forutsetning for at vi skal kunne hjelpe brukeren til makt og myndighet i eget liv. Dersom vi definerer brukeren som for eksempel hjelpeløs, masete, manipulerende eller utilregnelig, plasserer vi ham inn i en ferdigkonstruert kategori som vi på forhånd kjenner innholdet i. Når mennesker blir forhåndsdefinerte, vil denne «dommen» påvirke dem. Det er ikke nødvendigvis slik at brukeren ønsker å betrakte seg selv som hjelpeløs eller masete, men når dette blir systematisk brukt som fortolkning av brukeren situasjon, blir brukeren mer tilbøyelig til å betrakte seg selv som for eksempel hjelpeløs (15). Slike forhåndsdommer kan også føre til at vi som hjelpere lett kan komme til å se alle uttrykk hos brukeren som en bekreftelse på vår egen forutinntatthet.

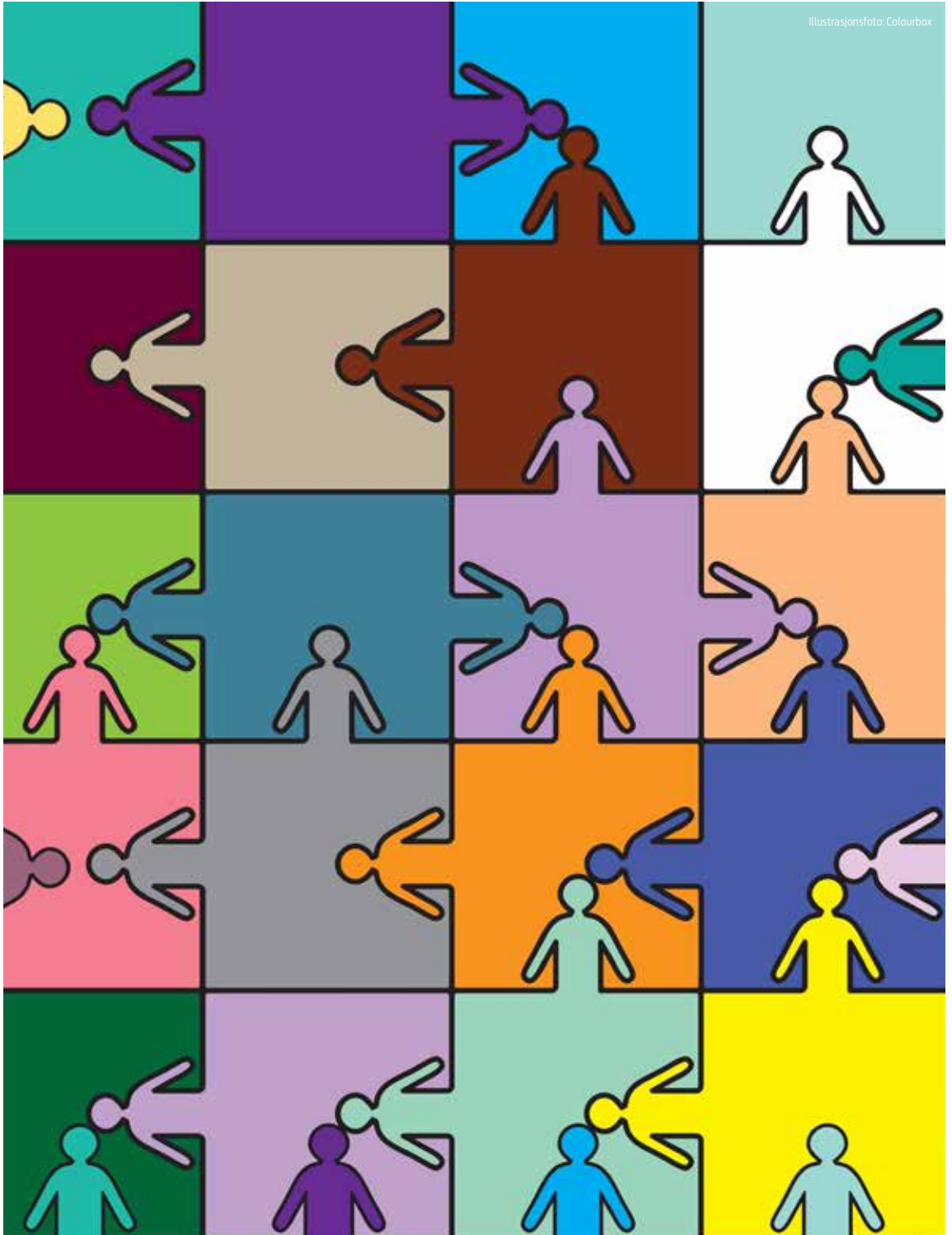
Dette representerer et menneskesyn hvor mennesket ses utenfra, som et definert objekt. Når brukeren beskrives og predikeres ut fra våre forventninger, mister vi individets integritet og subjektivitet av syne. Dette er en underkjennelse av brukeren som person og derved også en krenkelse av hans selvforståelse. Når andre mener å ha rett til å bestemme vår virkelighetsforståelse, oppleves det krenkende. Selve kjernen i krenkelsesopplevelsen er nettopp ikke å få anerkjent sin egen selvforståelse (16).

Det er gjennom ekte engasjement grunnlaget for tillit legges. Per Fugelli beskriver tillit som «gudestoffet» som binder hjelper og bruker sammen (17). Dette er et kraftfullt stoff når det er til stede, men samtidig også veldig skjørt. Dersom vi svikter den andre, vil også tilliten ødelegges. Det at en ikke er villig til å ta innover seg den andres selvforståelse, må forstås som et slikt tillitsbrudd. Mistillit, mistenksomhet og negative tanker om egen situasjon og egne forutsetninger for endret livssituasjon vil kunne prege samhandlingen mellom bruker og hjelper når brukeren på en slik måte objektiviseres.

Empati og mentalisering

For å kunne hjelpe på en god måte må en søke å forstå. Empati er et begrep som er knyttet til forståelse for den andre. Begrepet kommer fra det greske ordet *empathia*, og direkte oversatt betyr det innfølelse. Dersom en skal sette seg inn i brukeren følelser, er det en forutsetning at det som kommer til uttrykk hos brukeren gir mening for hjelperen. I dette ligger det at hjelperen aktivt må søke å forstå det som kommer til uttrykk. Hjelperens egen erfaring, hjelperens forforståelse i møte med andre, er en forutsetning for å kunne fortolke den andre. Dermed ligger det et element av gjenkjenning og gjenklang i begrepet. For å hjelpe den andre må jeg forstå ham, samtidig kan jeg ikke forstå ham uten først å forstå meg selv. Empati handler ikke bare om at det er godt for brukeren å oppleve vår medfølelse, men vår forståelse inneholder også et handlingsaspekt. Empati som uttrykk for forståelse og medfølelse gir kraft til våre handlinger, og dermed styrer den også vår terapeutiske praksis. Vi kan forstå empati som hjelperens sensitive vilje og evne til å forstå brukeren påkjenning, tanker og følelser og ut fra brukeren eget perspektiv, og det handler om å kunne tilpasse seg brukeren opplevelsesverden (18).

Et begrep som er nært beslektet med empati, er mentalisering. Dette er et relativt nytt psykologisk begrep. Mentalisering dreier seg om at vi hele tiden fortolker hverandre. Det omfatter det å forstå seg selv så vel som andre (1). Det å reflektere både seg selv og den andre er viktige forutsetninger for empati. Dermed blir vår evne til å mentalisere en forutsetning for empati. Mentaliseringsbegrepet ble utviklet av psykoanalytikere i Frankrike på slutten av 1960-tallet (19). Det er senere videreutviklet, og slik det blir brukt i dag for-



stås mentalisering som evnen til å se seg selv fra utsiden og andre fra innsiden (20). Individets evne til å mentalisere kan ses på som en egenskap som en person har i mer eller mindre grad. De første tre–fire leveårene tenker barnet at dets bilde av virkeligheten er det eneste gyldige, og at andres virkelighet er identiske med barnets egen virkelighet. Etter hvert begynner det så smått å kunne skille mellom indre bilder av den ytre virkeligheten og «virkeligheten» (21). Dette er begynnelsen på vår utvikling i å reflektere over egne og andres opplevelser, og å kunne skille disse fra hverandre som ulike virkeligheter. Innholdet i mentaliseringsbegrepet ligger også tett opp til andre begreper, som for eksempel emosjonell intelligens og selvrefleksivitet (12).

Å mentalisere er noe vi i større eller mindre grad gjør hele tiden, uten å tenke oss om. Når vi som hjelpere er i samhandling med brukere, foregår det hele tiden en implisitt mentalisering. Med sansene våre tar vi inn og gjør automatiske og umiddelbare fortolkninger av ansiktsuttrykk, kroppsspråk, de ordene som sies, stemmens klang, stillhet, blikk, berøring og tempo, og vi tilpasser oss den andre. Det er det vi kaller implisitt mentalisering. Dette er en form for automatisert samhandling hvor vi ikke behøver å tenke bevisst på det som skjer. Noen ganger kan den implisitte mentaliseringen bli forstyrret. Dette skjer når noe i samhandlingen og kommunikasjonen blir vanskelig å forstå. Vi må da stoppe opp og aktivt prøve å forstå meningen som ligger i den andres uttrykk. Vi går da over til det som kalles eksplisitt mentalisering. Når vi ikke forstår umiddelbart hva den andre mener eller føler, kan vi enten spørre direkte, eller vi kan selv, på en mere aktivt måte enn ved implisitt mentalisering forsøke å finne ut hva som skjer gjennom å vurdere ulike forklaringer på, eller fortolkninger av brukerens uttrykk. Når vi står i samhandling med våre brukere anvender vi gjerne eksplisitt mentalisering. Mentalisering gjør oss i stand til å se våre egne reaksjoner og handlinger mer tydelig. Dermed kan vi bedre justere oss i samhandling med andre. Mentalisering gjør oss i stand til å regulere egne følelser og til å møte krevende situasjoner på en hensiktsmessig måte (1).

Samhandling, anerkjennelse og respekt

Vi har i denne artikkelen presentert en definisjon på miljøterapi, og vi har drøftet noen ulike elementer i denne definisjonen. Som vi skrev innledningsvis må miljøterapi forstås som uttrykk for en

fagideologisk tenkning, og i mindre grad som en konkret metode. På bakgrunn av den ideologiske tenkningen kan man benytte terapeutiske metoder som igjen er forankret i fagspesifikk kunnskap. Vi har ønsket å sette søkelys på en holistisk humanistisk miljøterapi som vektlegger samhandling, anerkjennelse og respekt, og hvor variasjon mellom støtte og utfordring i det terapeutiske miljøet skal bidra til brukerens bedringsprosess. ■

Referanser

1. Skårderud, F. og Sommerfeldt, B. (2013). Miljøterapiboken. Mentalisering som holdning og handling (MBT-M). Oslo: Gyldendal Akademisk
2. Lillevik, O.G. og Øien, L. (2014). Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. Gyldendal Akademisk
3. Olkowska, A. og Landmark, B. (2009). Hva gjør miljøterapi til terapi?. Fontene: 52–59.
4. Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. og Bjelland, A.K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang, *Vård i Norden* 28: 19–23.
5. Bunkholdt, V. og Larsen, E. (1995). Metodisk barnevernsarbeid. Oslo: Tano Aschehaug
6. Hummelvoll, J.K. (2012). Helt. Ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal Akademisk.
7. Vatne, S. (2006). Korrigerer og anerkjenner. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Akademisk.
8. Lillevik, O.G. og Øien, L. (2010). Kvaliteter hos hjelperen som kan bidra til å forebygge trusler og vold fra klienter, *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 6: 13.
9. Borg, M. og Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals. Helping relationships in mental health services, *Journal of Mental Health* 13: 493–505.
10. Martinsen, K. (1991). Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: Tano.
11. Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. og Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants, *Archives of General Psychiatry* 42: 602–611.
12. Skårderud, F. (2007). Eating one's words. Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for a treatment and training manual, *European Eating Disorders Review* 15 (5): 323–339.
13. Martinsen, K. (2005). Samtalen, skjønnset og evidensen. Oslo: Akribe.
14. Halvorsen, G.S. (2008). Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. Hva gjør den virksom?, *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 4: 3–8.
15. Furedi, F. (2004). Therapy culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age. London: Routledge.
16. Honneth, A. (2003). Behovet for anerkjennelse. København: Hans Reitzels Forlag.
17. Fuggeli, P. (2013). Helsetjenestens gudestoff. Tillit, i Johnsen, K. og Engvold, H.O. (red.) *Klinisk kommunikasjon i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
18. Wormnes, B. (2013). Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
19. Lecours, S. og Bouchard, M.A. (1997). Dimensions of mentalization. Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis* 78 (5): 855–875.
20. Allen, J.G. og Fonagy, P. (red.) (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
21. Schibbye, A.-L.L. (2003). Å bli kjent med seg selv og den andre, i Andersen, A.J.W. og Karlsson, B. (red.) *Psykologi i endring. Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



Tilbud om skrivekurs

NAPHA i samarbeid med SPoR inviterer til skrivekurs for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Kurset egner seg for alle som har lyst til å skrive om sin egen praksis og dele dette med andre.

Tekst **Kurt Lyngved**

Det finnes mye godt psykisk helsearbeid som det er verdt å dokumentere skriftlig. Gjennom skrivekurset vil man få inspirasjon til å komme i gang og gode redskaper for å gjøre skrivingen og skriveprosessen enklere. Målet med kurset er å få fram praksisbeskrivelser som andre kan lære av og reflektere over. I tillegg håper vi at skrivingen kan bidra til refleksjon over eget arbeid i fagmiljøet.

Sted: Skrivekurset består av to heldagssamlinger som holdes i NAPHAs lokaler i Trondheim.

Tid: Første samling er 25. og 26. januar 2017, mens andre samling er 15. februar.

Pris: Utgifter til kurs og veiledning dekkes av arrangøren. Reise og opphold må dekkes av deltakeren (Comfort hotell park i Trondheim tilbyr overnatting til kr. 1000 per natt i enerom med frokost).

Søknadsfrist: 4. januar 2017

Deltakerne må stille på begge samlingene for gjennomføring av kurset. Det blir gitt skriveveiledning mellom samlingene. Kurset er gratis for deltakerne. Det er plass til 10 personer på kurset.

Påmelding til kurset skjer gjennom NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus v/Olav Bremnes, olav@ntebb.no.

Ved påmelding: navn, arbeidssted og en kort beskrivelse av tiltaket du ønsker å skrive om.

Faggruppeleder SPoR ■



Illustrasjonsfoto: Colourbox



Rusbehandlingsresultater



Av Kenneth Arctander
Vatnbakk Johansen,
brukermedvirker ved RIO

Når jeg ser på den helhetlige situasjonen til de rusavhengige med dødelighet, boligmangel, kroniske sykdommer og tilbakefall etter behandling finner jeg grunn til å være pessimistisk til rusreformens resultater.

Det som skjer i spesialisthelsetjenesten kaller vi rusbehandling. Det som skjer i kommunene kaller vi oppfølging, mens det politiet og domstolene foretar seg er kriminalomsorg. Det meste av dette går også inn under det vi løst kaller «rusomsorg». La oss se på alt dette ved å låne det Hegelianske konseptet: «totalitet». Žižek bruker begrepet når han forklarer hvorfor den europeiske unionen er slik den er nettopp fordi det er slik den er ment å være. Mange hevder EU i utgangspunktet er bra – sett bort fra sitt «demokratiske underskudd». Ifølge Žižek er dette demokratiske underskuddet sentralt ved EUs funksjon. Følgelig må man evaluere organisasjonen i sin totalitet for å kunne reise en helhetlig kritikk av den. På samme måte kan vi definere den samlede behandlingen samfunnet foretar seg overfor folk med rusproblemer som rusbehandling. På den måten kan vi rette noe som likner på en kritikk mot behandlingens virkemidler og resultater i sin helhet. For de rusavhengige lever og dør i denne helheten.

Ingen grunn til optimisme

Selv når vi kun ser på rusreformens etterlevelse av formålet om å bedre resultater av behandlingen som skjer i sykehussektoren er det ingen grunn til optimisme. Tolv år etter har vi ikke noen systematiske resultatmålinger. Og det har ikke vært noen «drive» blant oppdragsgivere eller behandlingsinstitusjoner om å måle resultater. Kanskje er de redde for hva de vil finne. Noen institusjoner har gjort etterundersøkelser av brukerne sine og generelt sett kan vi si at det går bra med rundt halvparten av dem som har gjennomført behandlingen hos dem. Samtidig vet vi at det er ganske mange som dropper ut og at dødsrisikoen da forhøyes seksten ganger.

Tallenes tale

Og når vi anlegger totalitetsperspektivet kan vi virkelig la oss selv bli tatt av pessimismen. Cirka halvparten av ruspasientene mangler bolig ved avsluttet behandling. Det samme gjelder for brukere av lavterskeltilbud. Gjennomsnittlig dør 264 personer av overdoser årlig. Og med mortali-

tets- og behandlingsmultiplikasjoner estimerer man at det finnes cirka 9000 såkalte høyrisiko opiatbrukere og cirka 8000 sprøytebrukere. Mange tusen rusavhengige lever ubehandlet med den kroniske leversykdommen hepatitt C. De siste fem årene har vi

«Kanskje er de redde for hva de vil finne.»

bøtelagt narkomane i Oslo og Bergen for 48 millioner kroner, og de siste 10 årene har vi økt arrestasjon for små kvanta med 43 prosent. Dette er resultatet.

Vel vitende om at jeg avslutter spalten min her hos sykepleien i et negativt tonefall vil jeg innstendig be om at vi tar innover oss den elendige klasseposisjonen rusavhengige har i samfunnet vårt, og at vi anlegger en helhetlig strategi som kan sikre en bedre hverdag for denne gruppen og at vi gjør de investeringene som må til. ■



Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse utlyser et stipend på kr. 50.000

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

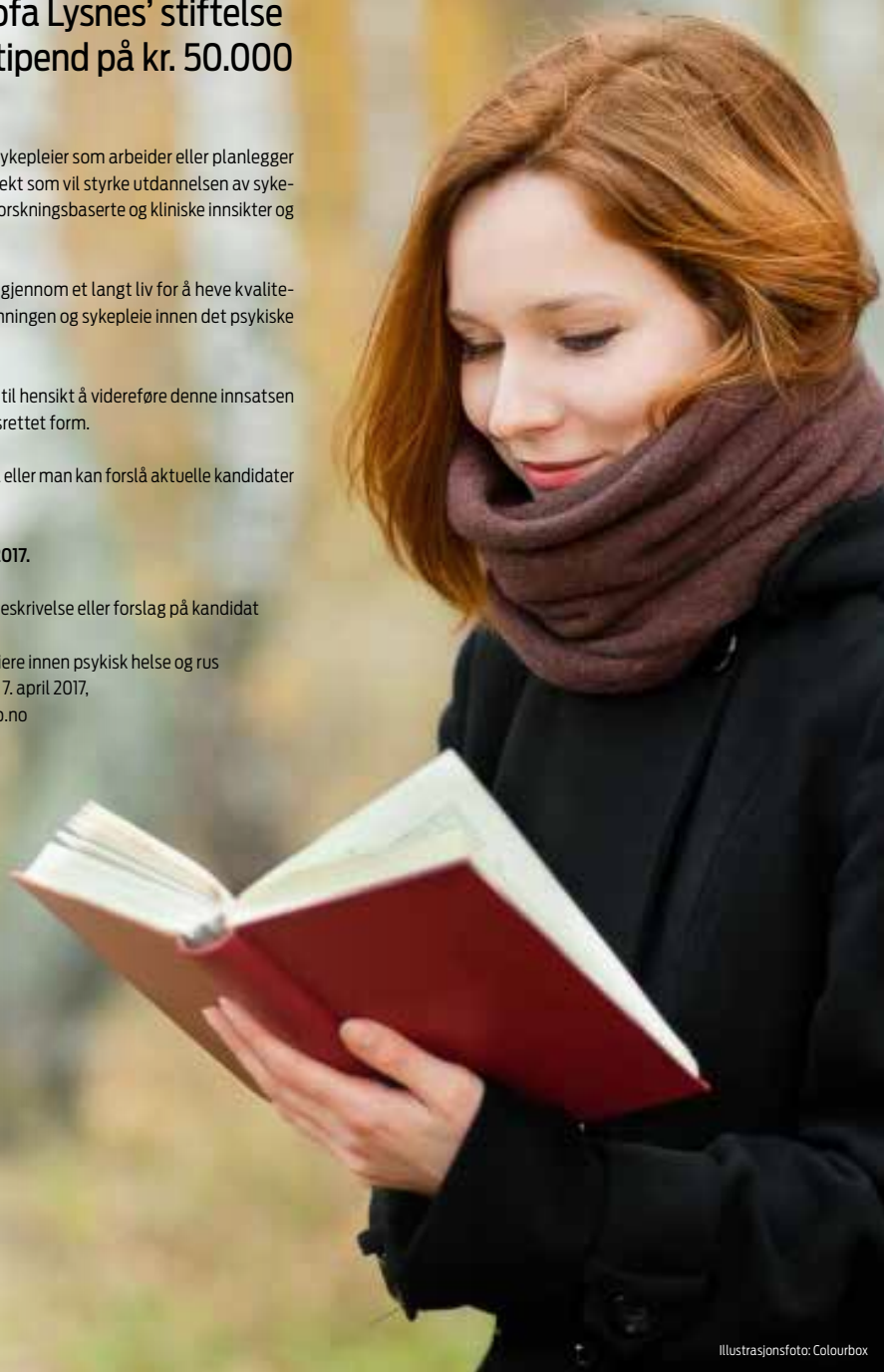
Marie Lysnes arbeidet gjennom et langt liv for å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og sykepleie innen det psykiske helsefeltet.

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

Stipendet kan søkes på eller man kan forslå aktuelle kandidater til stipendet.

Søknadsfrist 7. april 2017.

Søknad med prosjektbeskrivelse eller forslag på kandidat sendes til:
Faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus
v/ Olav Bremnes innen 7. april 2017,
på e-post: olav@ntebb.no



Illustrasjonsfoto: Colourbox



Ønsker medisinfrie tilbud velkomne

– Alternativer til legemiddelbehandling har vært etterspurt lenge av brukerne, sier nestleder Espen Gade Rolland i Norsk sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus.

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

Gade Rollan mener de nye medisinfrie tilbudene innen psykisk helse vil føre til en bredere bevissthet rundt hvordan man bør og kan møte mennesker med psykiske helseutfordringer, og at vi får et større spenn i behandlingstilbudene.

Innen 1. juni 2016 skulle alle regionale helseforetak ha imøtekommet et krav fra regjeringen om å etablere tilbud om medikamentfri behandling for pasienter innen psykisk helsevern. Kravet er ikke innfridd ennå. Blant dem som er kommet lengst er Helse Nord.

Matcher godt med sykepleie

– Helse Nord var først ute med en konkretisering av tilbudet, og det

som har dominert innen psykisk helse de senere årene, sier Rolland.

I en pressemelding ønsker faggruppen medikamentfrie behandlingstilbud innen psykisk helse velkomne.

– Helse Nord beskriver i sin utforming av en medikamentfri enhet viktigheten av trygge og rolige omgivelser, aktiviteter og hvile, somatisk helse, ernæring samt mellommenneskelig relasjoner. Grunnleggende sykepleie fremmer viktigheten av disse faktorene, heter det i pressemeldingen.

Nødvendige livsstilsendringer

– For oss er det viktig at brukerne skal ha reelle muligheter, basert på frivillighet og der det er alternativer til legemiddelbehandling. Det har vært

Senere forskning viser at behandling med psykofarmaka har høyst usikker effekt, spesielt langtidseffektene og bivirkningene brukerne opplever, ifølge Rolland. Han mener sykepleierens helhetlige menneskesyn passer godt med en medisinfri tilnærming.

– Vi har gjennom vår utdanning og etablerte praksis spesielt fokus på ressursene hos menneskene og mestring av hverdagen. I tillegg har vi en viktig somatisk kompetanse, som vi plikter å utnytte i større grad. Mange mennesker med psykiske helseproblemer lever kortere enn andre. De dør av somatiske lidelser slik andre gjør, bare på et tidligere tidspunkt. Vi bør og kan bidra med forebyggende tiltak, blant annet informasjon og veiledning om nødvendige livsstilsendringer, og motivere for muligheter til å endre eget liv i riktig retning, mener han.



«Vi bør og kan bidra med forebyggende tiltak.» *Gade Rollan*

er gladelig å se at de andre RHF-ene følger på. Det nye er at man baserer kunnskapssynet på noe annet enn det

etterspurt lenge av brukerne, gjennom fellesaksjonen for medisinfrie tilbud, sier Rolland.

Følg utviklingen

På nettsiden medisinfrietilbud.no kan du følge utviklingen i de regionale helseforetakenes arbeid med å etablere



MESTRING I HVERDAGEN: Det er viktig å veilede brukerne, slik at de er motivert til å foreta endringer i sitt eget liv. Illustrasjonsfoto: Colourbox

slike tilbud. I en pressemelding fra SPoR, skriver de at sykepleiere ønsker medikamentfrie behandlingstilbud velkomne. Videre står det:

«Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingstiltak har i flere år ønsket dette og jobbet målrettet inn mot helsemyndighetene. Det er gledelig å se at de har fått gjennomslag. Helse Nord beskriver i sin utforming av en medikamentfri enhet viktigheten av trygge og rolige omgivelser, aktiviteter og hvile, somatisk helse, ernæring samt mellommenneskelig relasjoner. Grunnleggende sykepleie

fremmer viktigheten av disse faktorene. Dette er sentralt i vår sykepleierkompetanse, med spesielt fokus på å ivareta hele mennesket i behandlingen. Sykepleiere har vært, og er en naturlig del av behandlingen innen

«Sykepleiere har et stort ansvar.»

alle deler av psykisk helse. Vi har i mange år representert praksisen som nå ser ut til å bli fundamentet i det

medikamentfrie behandlingstilbudet. Sykepleiere har i generasjoner hatt fokus på samspillet mellom grunnleggende behov og dens betydning for bedret livskvalitet, og det er flott å se at dette nå betraktes som helt nødvendig i behandlingen av mennesker med psykisk helseutfordringer. Sykepleiere har et stort ansvar når det gjelder utformingen av slike tilbud, og må være en naturlig del i planleggingen av tilbudet. NSF's SPoR ønsker å bidra til utvikling av gode medikamentfrie tilbud, sammen med brukerne og andre viktige samarbeidspartnere». ■



Erfaringer med psykisk syke eldre som bor i eget hjem

For å styrke kompetansen bør sykepleierne ha et godt samarbeid med annet helsepersonell, slik at de kan ivareta pasientene.

FAKTA

Av Torill Margaret Sæterstrand, førstelektor, Nord universitet

Solrun G. Holm, førstelektor, Nord universitet

Helseundersøkelsen fra Nord-Trøndelag viser en markant økning av prevalens av depresjon blant hjemmeboende eldre (1). Allerede i 2001 hevdet Kvist mfl. (2) at 60 prosent av eldres depresjoner blir oversett og ikke diagnostisert. Ifølge Norsk Sykepleierforbund må eldres rett til forsvarlig psykisk helsehjelp ivaretas på lik linje med andre behov hos pasientene (3). Gjennom Opptrappingsplanen (4) skulle en sikre en oppbygging og styrking av det psykiske helsevernet i kommunene. Det er lagt vekt på at barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser skal ivaretas og gis spesialiserte tilbud. I Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011–2020 (5) drøftes arbeidsfordelingen mellom allmennpsykiatri og alderspsykiatri. Noen pasienter kan behandles i førstelinjen, mens andre skal behandles innen allmennpsykiatrien. Dimensjoneringen av avdelingene medfører at de ikke kan behandle alle eldre med psykiske lidelser (6). De fleste pasientene lever med sin psykiske sykdom over flere år og har veks-

fordelingen mellom kjønn er 66 prosent kvinner og 34 prosent menn (8). Blant de helsemessige årsakene til at pasientene får hjemmesykepleie utgjør psykiske lidelser 15,2 prosent (9). Hjemmeboende eldre pasienter har i gjennomsnitt 2,7 registrerte aktive diagnoser, 42 prosent har tre eller flere diagnoser (8). Pasienter med psykiske lidelser er blant dem som i minst grad får dekket sine behov (9). Andre kroniske sykdommer som Parkinson medfører at pasienten har lettere for å isolere seg og kommer derved inn i en ond sirkel som kan ende med depresjon (10). Depresjon etter hjerneslag er svært vanlig (6). Ubehandlet depresjon hos disse pasientene kan hindre nødvendig rehabilitering etter hjerneslaget. Ifølge Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av mennesker med depresjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten (11) påpekes det at tre fjerdedeler ikke får behandling. Depresjoner hos eldre kan presentere seg på andre måter enn hos yngre, og kan uttrykke seg som somatoforme og agiterte depresjoner, noe som stiller store krav til kompetanse hos yrkesutøveren. Ifølge Kvaal (12) er det kun 2 prosent som sliter med angst, med kvinner i klar overvekt. Blant eldre med kroniske sykdommer er det stikk motsatt. Flere menn enn kvinner viser symptomer på betydelig angst, tallene er henholdsvis 47 og 41 prosent. Om lag 16 prosent av disse har en psykiatrisk lidelse, som oftest en kombinasjon av angst og depresjon. Depresjon er noe som forekommer hyppig i høy alder der det ofte er knyttet til kroniske sykdommer. Psykiske lidelser hos eldre kan skyldes kronisk sykdom som kan sees i forbindelse med tap og en ubearbeidet sorgreaksjon, samt tap

«Behov for veiledning i utfordrende pasientsituasjoner var tydelig.»

lende dårlige og gode perioder. Tre fjerdedeler av pasientene i hjemmesykepleien er over 67 år. I praksis sees tre hovedgrupper av psykiske lidelser; psykoser, angst og depresjon (7). Gjennomsnittsalderen er 73,1 år basert på tall fra SSB 2011, og



OVERSER DEPRESJONER: Det påpekes at man i primærhelsetjenesten ofte overser depresjoner. Illustrasjonsfoto: Colourbox

av venner, ektefelle, helse og funksjonsevne, som er vanlig i eldre år (12). Ifølge «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten» (13) innebærer god kvalitet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem medinnflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Det påpekes at man i primærhelsetjenesten ofte overser depresjoner. Birkeland og Natvig (14) intervjuet eldre over 70 år som fikk tilsynsbesøk av hjemmetjenesten. De fant at pasientene ga uttrykk for at hjemmesykepleien i stor grad ivaretok deres sosiale behov gjennom den omsorgen som utøves. Samtidig reiser de spørsmål ved at pasientene i samme studie kunne ha vært forsiktige i sine uttalelser fordi de muligens var engstelige for at hjemmesykepleien kunne få kjennskap til det de sa. Ingen av deres informanter hadde «bare» psykososiale vansker,

men alle hadde varierende grad av fysisk sykdom og svekkelse. Dale, Sævareid, Kirkevold og Söderhamn (15) fant at eldre over 75 år som bodde hjemme og mottok hjemmesykepleie var fornøyde, samtidig var der liten kontinuitet i omsorgen, tidspress blant sykepleierne og mangelfull informasjon og kommunikasjon. Å ha hovedfokus på psykiske lidelser som følgesykdommer hos eldre både ved demens og andre somatiske sykdommer har fått større oppmerksomhet (16;17).

Eksisterende forskning både i Norden og internasjonalt viser at man må være oppmerksomme på at eldre immigranter i alderen 60–75 år kan ha større tilfang av depressive symptomer (18). De sammenliknet to iranske grupper; en gruppe født og bosatt i Iran (668 personer), en gruppe iranske immigranter bosatt i Sverige (105 personer) samt 305 innfødte svensker. Studien viser at iranere bosatt i Teheran samt immigranter bosatt i Stock-





ULIKE LIDELSER: Noen kjennetegn på alderspsykiatriske lidelser er følelsesmessige og kognitive problemer. Illustrasjonsfoto: Colourbox

holm har større behov for ivaretagelse av psykisk helse. Funnene sammenfaller med andre studier vedrørende ulike aspekt av selvrapporterte symptomer på depresjon i ulike etniske grupper (19–21).

Eldre med alderspsykiatriske lidelser er ulike, men noen kjennetegn på slike lidelser er følelsesmessige og kognitive problemer, noe som krever at det settes av tid og ro til både pasient og pårørende fra helsepersonellens side. Siden det finnes lite forskning om hvordan praksis fungerer og hvilke tiltak som gjøres

«Å se pasientens fortvilelse var viktig.»

i kommunehelsetjenesten til eldre med alderspsykiatriske lidelser som bor hjemme, er det derfor behov for mer forskning på området.

Funn fra studie i hjemmesykepleien

Hovedutfordringen for sykepleierne er hvordan man kunne gjennomføre sykepleie ved manglende

samordning og manglende faglig veiledning. Dette ble håndtert med strevsom balansering.

Sykepleierne har i sin utdanning lært at pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov skal ivaretas, og lidelse skal lindres. Fagkompetansen blir satt på prøve når komplekse og utfordrende pasientsituasjoner krever kliniske tiltak og behandling i pasientens eget hjem. Samtidig erfarte de pasientsituasjoner de mestret. Strukturelle forhold som kompliserte situasjonen var manglende samordning og manglende faglig veiledning. Behov for veiledning i utfordrende pasientsituasjoner var tydelig. Vi har gruppert funnene i 4 hovedtema:

1. Gir omsorg til sårbare pasienter
2. Ivaretar pårørende
3. Strever med kompliserte pasientsituasjoner
4. Etterlyser veiledning og samordning

Gir omsorg til sårbare pasienter

Omsorgen for pasientene ble ivaretatt av ansatte i hjemmesykepleien. Sykepleierne kartla hvilke behov pasienten hadde når det gjaldt fysiske, psykiske og sosiale behov. De forsøkte å etablere primærkontakter

for særlig sårbare pasienter. De forsøkte å anerkjenne og lindre pasientens plager, både fysisk og psykososialt. Å være til stede og ta seg tid til samvær der de lyttet til hva pasienten var engstelig for, erfarte de var viktig for å få til en god relasjon. Samværet kunne dreie seg om generell sykepleie der hensikten var å støtte pasienten i å klare noe selv. I perioder når pasienten var deprimert, ukonsentrert eller urolig måtte sykepleierne ivareta mer. Å hjelpe pasienten opp, ivareta personlig hygiene, lage mat, passe på at pasienten spiste, hjelpe til med påkledning var noen av de hverdagslige arbeidsoppgavene. Gjennom å hjelpe pasientene med daglige gjøremål og aktiviteter ble det et naturlig samvær der samtale med pasienten pågikk. Å la det få litt tid, var et uttrykk og en holdning hos noen erfarne sykepleiere. Å se pasientens fortvilelse var viktig, å berolige ham og være der for ham var noen ganger vanskelig å få til på grunn av tidspress i tjenesten på grunn av for mange arbeidsoppgaver hos den enkelte sykepleier. «Hun likte det så godt» var et utsagn knyttet til avslappende bading av en angstfull pasient. Slike omsorgsfulle kroppslige tiltak bidro til at pasienten roet seg.

En pasient over lengre tid som led av diabetes og fikk sin daglige insulinsprøyte viste tegn på komplisert sorg. Hun hadde falt gjentatte ganger og viste tegn på forvirring. Det viste seg at hun nylig var blitt enke og søkte trøst i alkoholen. Sykepleierne var bekymret for hvilke konsekvenser dette kunne få for den eldre kvinnen på grunn av aldersrelaterte fysiologiske endringer i kroppen, alkoholforbrenning og hennes diabetes. I tillegg brukte hun andre medikamenter; blant annet smertestillende. Hjemmesykepleien økte sitt nærvær og hjalp pasienten med å sette ord på sorgen. De kontaktet fastlegen og informerte om problematikken rundt alkohol. På grunn av at pasienten i tillegg bodde svært avsides og alene, ble hun tilbudt plass på rehabiliteringssenter over en kortere periode for å komme på bedringens vei.

Ivaretar pårørende

Pårørende til særlig sårbare pasienter ble forstått som spesielt viktig å ivareta og avlaste gjennom samtaler og besøk i hjemmet. Det ble lagt vekt på gode omsorgsmøter med vekt på forståelse av den pårørendes situasjon. Sykepleierne erfarte at de måtte balansere mellom å samtale med pårørende i pasientens påsyn, eller å tilby den pårørende en samtale på kontoret på grunn av mistenksomhet fra pasientens side avhengig av pasientens lidelse.

I perioder når den pårørende uttrykte at de var helt utslitte av å passe på sin mor eller far, ble det gjort en drøfting med ledelsen om muligheter for avlastningsplass for pasienten på sykehjem. Pårørende som bodde langt unna ble ivare tatt ved telefonisk kontakt. Det ble informert om muligheten

«Pårørende til særlig sårbare pasienter ble forstått som spesielt viktig å ivareta.»

for å delta på «pårørendeskole» for pårørende til pasienter med demens. Dette var et tilbud kun i en av kommunene.

Strever med kompliserte pasientsituasjoner *Depresjon og spiseforstyrrelse*

Sykepleierne erfarte at det var vanskelig å strekke til i noen pasientsituasjoner fordi de mente at kompetansen de hadde ikke strakk til. Slike situasjoner var preget av et ønske fra sykepleieren om sikkerhet og kontroll. Et eksempel var en eldre enke som hadde vært deres pasient før en tvangsinnleggelse i psykiatrisk sykehus nylig. Hun led av spiseforstyrrelser og tvangstanker. Problemerkene hadde eskalert etter at mannen døde. Etter utskrivelsen ble hun plaget av selvmordstanker. Hun hadde ytret et ønske om å ta sitt eget liv fordi livet var for plagsomt for henne nå med overvåking fra hjemmesykepleiers side av om hun spiste eller ikke. Hjemmesykepleien hadde tre daglige hjemmebesøk som inneholdt samtaler og mattilberedning inkludert veiing av henne en gang ukentlig. Vekten hadde gått dramatisk ned over en to måneders periode. Hjemmesykepleien henvendte seg til pasientens fastlege og fikk etablert et møte med lokalsykehusets distriktspsykiatriske avdeling der pasienten var til stede. Det ble fattet en beslutning om en frivillig kortvarig innleggelse på lokalsykehuset.

En liknende pasientsituasjon i den andre kommunen ble løst på en annen måte av hjemmesykepleien. En enslig eldre kvinne med depresjon og spiseforstyrrelse som hadde innlagt sonde, fikk en lengre innleggelse i kommunens sykehjem, deretter ble det tilbudt et lavterskeltilbud i en eldrebolig for henne. For å innlede en tillitsfull relasjon med





pasienten deltok sykepleierne i opplæring på sondeforing mens pasienten var innlagt i sykehjemmet, slik at de var rede til å følge pasienten opp i hennes eget hjem.

Depresjon og begynnende demens

En situasjon som stadig gjentok seg var eldre som led av depresjon og begynnende demens, bodde alene og var svært engstelig. Et eksempel var en kvinne som brukte trygghetsalarmen opptil 30 ganger i timen, og var tydelig redd for å være

«Eldre som led av depresjon og begynnende demens, bodde alene og var svært engstelig.»

alene. Sykepleierne følte omtanke for henne, og forsøkte med flere tilsyn per dag, men hun husket ikke at de hadde vært på hjemmebesøk og fortsatte å ringe på alarmen. En MMS (mini-mental-test) undersøkelse viste tegn på demens i tidlig stadium. For å avhjelpe hennes angst ble det tildelt en avlastningsplass på en demensavdeling. Pasienten trivdes ikke fordi hun følte seg for frisk sammenliknet med andre urolige pasienter, og skrev seg ut.

Et annet eksempel er en eldre fraskilt mann som glemmer å spise og ta sine medikamenter, bor alene hjemme og er svært ensom. Sykepleierne økte tilsynene en periode da depresjonen var som verst i mørketiden. De satte frem mat og påså at han spiste og de tilbød sitt nærvær. Noen ganger avviste han dem. De fant ham liggende på gulvet forvirret, kald og klam flere ganger, og situasjonen opplevdes uforsvarlig. Han fikk påvist angina pectoris men klarte ikke å huske på å ta Nitroglycerin. Siden han i tillegg til sin depresjon og begynnende demens fikk påvist hjertesykdom, ble han tildelt en sykehjemsplass.

Pasienter – som led av demens og hadde aggressive utbrudd overfor hjemmesykepleien – var en utfordring. Å ivareta deres verdighet kunne avverge et utbrudd i noen grad, men ikke alltid.

Eldre med psykose

Sykepleie til eldre med psykose var utfordrende i praksis fordi de følte en særlig uforutsigbarhet i situasjonen. Det var situasjoner der de måtte

handle der og da. De erfarte at pasientene opplevde kaos, fortvilelse og angst og atferden var utfordrende.

Sykepleierne hadde evne til å identifisere seg med pasientenes smerte, samtidig som de prøvde å distansere seg fra den. De ble berørt av deres tilstand, de hadde omtanke for pasientene og forsøkte å gi emosjonell støtte når de var på hjemmebesøk. De opplevde at de likevel hadde manglende kompetanse når det gjaldt å arbeide med pasienter som hadde vrangforestillinger og hallusinasjoner.

En eldre mann led av vrangforestillinger betinget av schizofreni, en lidelse han hadde hatt siden han var ung. Sykepleierne opplevde det som vanskelig å forholde seg til hans forestillinger om å spise minimalt og å tømme tarmen for gift. De så hans behov for bedre ernæring og ivaretagelse av psykososiale behov. I perioder var huset så skittent at de forespurte fastlegen om å utstede saneringsvedtak av huset. Dette førte til at pasienten ble innlagt på tvang i psykiatrisk sykehus noen måneder. Selv om dette ble et avbrudd i tillitsforholdet til hjemmesykepleien, opplevde de at han søkte deres hjelp, ringte daglig i perioder spesielt når han følte seg fysisk syk. Hjemmesykepleien fortsatte oppfølgingen av ham i forhold til å hjelpe ham med ukentlig bading i tillegg til renhold av huset – et arbeid de hadde hatt over mange år.

Eldre med uavklarte lidelser

Det var ikke alltid kjent for sykepleierne hva som feilet pasientene. Å kjenne til en pasients grunnlidelse er viktig for å unngå komplikasjoner, siden eldre ofte har flere lidelser. Sykepleierne viste at de mestret kunsten å observere pasienter og se etter tegn på komplikasjoner. En eldre mann som endret atferd fra å være svært depriment til å vise tegn på uro og ble vandrende. Han hadde nylig vært innlagt i sykehus grunnet hjerneslag. Det viste seg at pasienten hadde forstørret prostata som medførte urinretensjon og sterke smerter, noe sykepleierne skjønte etter å sette av tid til å være til stede hos ham. Andre eksempler var eldre med hormonelle lidelser der komplikasjoner som følge av grunnlidelsen kunne maskere behovet for økning av medisiner ved akutte infeksjoner. Hos pasienter med hjertesvikt og KOLS kunne angst og depresjon forsterke symptomene. Alvorlige tilstander hos pasientene kunne fremstå som både fysiske funksjonsproblemer og emosjonelle symp-



VEILEDNING: Sykepleierne følte et spesielt behov for veiledning, i det daglige arbeidet med svært lidende pasienter. Illustrasjonsfoto: Colourbox

tommer. Sykepleierne var opptatt av å se behovene og evaluere de underveis. De følte et stort ansvar for pasientene og kontakten fastlege ved behov.

Etterlyser veiledning og samordning

Det sykepleierne erfarte som problematisk i arbeidssituasjonen og som påførte dem stress, var manglende veiledning og samordning i tjenesten. De var oppgitte over kommunens manglende innsats på det alderspsykiatriske området. Spesielt pasienter som led av psykose med vrangforestillinger og hallusinasjoner opplevdes svært utfordrende for hjemmesykepleien. Dette gjaldt begge kommunene. I det daglige arbeidet med pasientene kunne de rådføre seg med hverandre og med pasientenes fastlege. De kunne få råd hos demensteam og demenssykepleier. I den ene kommunen var der tilsatt en demenssykepleier i 50 prosent stilling som hadde arbeidssted i en sektor. Hun ble kontaktet ved behov og veiledet personalet ved behov. I den andre kommunen kunne hjemmesykepleien få veiledning ved behov fra et demensteam bestående av to demenssykepleiere.

I begge kommunene var det om lag 11 fastleger å forholde seg til, men det var ingen tilsynslege eller samordning i forhold til møter der de kunne drøfte problematiske pasientsituasjoner. I enkeltsaker kunne de få veiledning fra lokalsykehusets spesialisthelse-

tjeneste, noe som gjaldt for begge kommunene. I det daglige arbeidet med svært lidende pasienter følte sykepleierne et spesielt behov for veiledning. For å kunne møte behovet hos pasientene ønsket de i tillegg

«Det var ikke alltid kjent for sykepleierne hva som feilet pasientene.»

mer kunnskap og kompetanse i alderspsykiatri samt kunnskap om terapeutiske intervensjoner. Det kom også frem at de ønsket å få økt bemanningen med stillinger for ansatte med denne kompetansen.

Drøfting

Hovedutfordringen i praksis var hvordan man kunne gjennomføre sykepleie ved manglende samordning og manglende faglig veiledning. Dette ble håndtert med strevsom balansering. Temaene: gir omsorg til sårbare pasienter, ivaretar pårørende, strever med kompliserte pasientsituasjoner samt etterlyser veiledning og samordning betegner prosessen sykepleierne står i.

Omsorg for sårbare pasienter og pårørende

Det er sparsomt med studier som beskriver sykepleie til eldre med alderspsykiatriske lidelser som



bor hjemme. Tønnessen (22) studie fra hjemmesykepleien viser at en omsorgsfull ivaretagelse, men også en forsvarlig tjeneste innebærer et godt håndlag. Hun er opptatt av at sykepleieren må være høflig og oppmerksom i situasjonen slik at pasientens grenser ikke blir krenket. Andre studier viser at god omsorg til særlig sårbare bærer preg av personsentrert omsorg (23). Hun studerte hva god omsorg til personer i særlig sårbare situ-

«I den modne omsorg inngår terapeutiske intervensjoner.»

asjoner innenfor demensomsorgen og pasienter innlagt i hospice i livets siste fase kunne innebære. Hun fant at pleierne opptrer personorientert og nærværende i pasientmøtene og i pårørendemøtene, nærmest ved å tøye reglene og rutineene på avdelingene. Jakobsen og Homeliens (24) studie av pårørendes behov, fant at helsepersonell må gå inn i møtene med et ønske om å forstå, ta ansvar og skape tillit og ha en situasjonsforståelse. Sykepleierne i min studie viste at de kunne ivareta pasientens grunnleggende behov i det daglige i tillegg til å møte pårørende med forståelse, men de opplevde også at de kom til kort i enkelte kompliserte pasientsituasjoner.

Strever med kompliserte pasientsituasjoner


Sykepleierne var opptatt av å skulle klare å mestre kompliserte pasientsituasjoner, men uttrykte at de kom til kort noen ganger. Dette kan sammenliknes med Rognstad og Nådens (25) studie av pleiernes utfordringer i sykehjem. De fant ut at utfordringene var knyttet til opplevelse av makteløshet, mislykkethet og redsel, balanse mellom makt og autonomi og behov for spesiell kompetanse for mestring av utagerende atferd. Konklusjon i studien til Rognstad og Nådens (25) var at informantene fremhevet frykt og engstelse og uttrykte behov for etisk refleksjon og trening i å håndtere pasientgruppens aggresjon. Til forskjell fra min studie der hjemmesykepleierne arbeider alene i pasientens hjem, kan situasjoner preget av aggresjon i sykehjemsavdelinger eskalere ved at pasienter blir sinte og uenige med hverandre. Dette samværet unngås i pasientens eget hjem, men setter hjemmesykepleien under sterkt press.

De arbeider alene i pasientens hjem. Og pasienten sitter nesten hele døgnet alene med sin angst og fortvilelse. Sykepleierne var oppmerksomme på sin sårbare arbeidssituasjon og gikk inn to og to i situasjoner som var svært utfordrende.

Internasjonalt viser forskning at terapeutiske intervensjoner har større effekt på psykiske lidelser enn det de kaller vanlig (usual) sykepleie (26). Studier av pasienter som har fått depresjon etter hjerneslag og som får samtalebehandling sammen med antidepressiver, oppnår større bedring enn om de bare får antidepressiver (27;28). Hem (29) studerte interaksjonen mellom psykotiske pasienter og psykiatriske sykepleiere i akuttpsykiatrien i Norge. Hun fant at sykepleiepraksis er full av utfordringer og at sykepleiere ikke makter å leve opp til hva god psykiatrisk sykepleie er. På grunn av innslag av kamuflert makt i relasjonen kan «moden omsorg» være et mulig alternativ, mener hun. Hun forklarer at begrepet «moden omsorg» har en idé om at sykepleierne balanserer mellom sine egne behov og interesser og pasientenes behov og interesser. I den modne omsorg inngår terapeutiske intervensjoner. Et av utsagnene hos en erfaren hjemmesykepleier i min studie var «la det få litt tid». Med det mente hun at de ikke skulle gå for fort frem, men ta hensyn til at pasienten beholdt verdigheten i situasjoner som var vanskelige.

Kouvenhoven og Kirkevold (30) studerte deprimerede slagrammedes erfaring spesielt og påpeker at funnene deres viser at depresjon etter hjerneslag fra et illness-perspektiv kan sees på som en naturlig sorgreaksjon. De påpeker at hjemmesykepleie i noen tilfeller kan få en for fysisk-somatisk orientering, noe som kan medføre at man overser psykososiale behov og mister helhetsperspektivet. Ifølge Birkelands (31) studie av eldre, ensomhet og hjemmesykepleie er det en fare for at psykososiale behov overses dersom sykepleierne får et for ensidig fysisk fokus.

Etterlyser veiledning og samordning

Sykepleierne var opptatt av at de trengte veiledning i kompliserte pasientsituasjoner. De følte seg stresset av ansvaret de bar nærmest alene. Rosenvinge og Rosenvinge (32) påpeker at omsorg for eldre mennesker er underprioritert. Samordning med andre kommunale tjenester var ikke satt i system. Deady og McCarthy (33) studerte 



FORSKNING: Terapeutiske intervensjoner har større effekt på psykiske lidelser enn det de kaller vanlig sykepleie. Illustrasjonsfoto: Colourbox



MÅ JOBBE SAMMEN: Tilnærmingen og oppfølgingen av pasientene krever samhandling og flerfaglig samarbeid. Illustrasjonsfoto: Colourbox

mestringsmekanismer blant irske psykiatriske sykepleiere som erfarte moralsk stress i arbeidet på akutt mottak, noe som kan sammenliknes med det stresset som sykepleiere i min studie gjorde.

«Omsorg for eldre mennesker er underprioritert.»

Ifølge Clancy (34) jobber sykepleiere hardere, de jobber mer, de må greie mer. De må takle stadige endringer og er utsatt for moralsk stress til daglig. Sykepleierne slites mellom sitt humanistiske ideal på mikronivå hos pasienten og tiden de har til rådighet, mener hun. Vågan og Grimen (35) påpeker at sykepleiere er den største profesjonen i helsesektoren i vestlige land, samtidig som den ofte usynliggjøres, forties og gjøres til offer. Sykepleiere i min studie i hjemmesykepleien står alene i mange situasjoner når de er i hjemmebesøk, de

må fatte beslutninger der og da. De jobber med skjønnsutøvelse under press. Hva kan de støtte seg på? Sykepleie som fag er en praksis som er særegen, ifølge McCarthy (36). Når sykepleieren står i vanskelige situasjoner handler det om profesjonsmoral basert på skjønn. I en skjønnsutøvelse vil mange ulike vurderinger inngå, dette spennet står sykepleiere i til daglig når sykepleie skal ytes, ofte under tidspress. Tønnesen og Nortvedt (37) argumenterer for hva som skal anses som en faglig akseptabel minstenorm. De påpeker at hjemmesykepleien skal være faglig forsvarlig og hjelpen som ytes skal være omsorgsfull. Kompleksiteten i de ulike pasientsituasjoner vil også kreve faglige intervensjoner på høyt nivå, slik min studie viser. For øvrig legger Stortingsmelding nr. 47 (38) klare føringer om samarbeid på tvers av sektorer, et arbeid som kan komme pasientene til gode.

Konklusjon

Å få til godt samarbeid med annet helsepersonell for å styrke kompetansen er viktig for å kunne ivareta pasientene. Stillinger for sykepleiere med videreutdanning i alderspsykiatri kan øke kompetansen og bedre pasientomsorgen. Organiseringen av tjenesten må studeres nærmere siden manglende samordning og mangelfull faglig veiledning synes å være en stor utfordring for praksis. Ivaretagelse av kronisk syke eldre med alderspsykiatriske lidelser som bor i sitt eget hjem stiller store krav til egnethet og kompetanse hos helsepersonellet. Å øke kunnskapen om oppfølging og behandling av alderspsykiatriske lidelser vil kunne bedre livskvaliteten for den enkelte person. Det må rettes fokus mot helhetlig vurdering og kartlegging av pasienter med disse lidelsene slik at de blir ivarettet på en faglig og god måte. Tilnærmingen og oppfølging av pasientene krever samhandling og flerfaglig samarbeid. I tillegg må omsorgen for pårørende styrkes. ■

Referanser

1. Solhaug HI, Romuld EB, Romild U, Stordal E. Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population – the HUNT study. *Int Psychogeriatr* 2012;24(1): 151-8.
2. Kvist E, Djernes JK, Gulmann NC. Depressjoner hos eldre overses. *Sykepleiersken* 2001;101(45).
3. NSF. Plattform: NSF's arbeid og engasjement psykisk helse og rus 2009–2012: en komplett og pasientnær sykepleietjeneste. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2009. https://www.nsf.no/Content/381947/Plattform_rus_og_psykiatri.pdf

4. Norge Stortinget. Sosialkomiteen. Innstilling fra sosialkomiteen om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006: (St.prp. nr. 63 (1997-98), nr. 222 (1997-98) ed. Oslo: Komiteen; 1998.
5. Norsk psykiatrisk forening. Utvalg for alderspsykiatri. Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011–2020. Oslo: Norsk psykiatrisk forening; 2010. <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=2604>
6. Bragason A. Alderspsykiatri. I Red. Dahl, A.A. & Aarre, T.F Praktisk psykiatri. Bergen: Fagbokforl.; 2012.
7. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforl.; 2012.
8. Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. STF78 A033501 ed. Trondheim: Sintef, Unimed; 2003. SINTEF+A6364
9. Romøren TI. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud: [del II]. Oslo: Nova; 2003.
10. Aarstrand D, Bronnick K, Alves G, Tysnes OB, Pedersen KF, Ehrh U, et al. The spectrum of neuropsychiatric symptoms in patients with early untreated Parkinsons disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009 Aug; 80(8): 928–30.
11. Lunke K, Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling psykisk helse; 2009. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-d-...>
12. Kvaal K. Angst og depresjon I Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff (Red) Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. p. 383–94.
13. Forland F, Skjellanger A-G, Stolanowski P-A. -og bedre skal det bli: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utover. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
14. Birkeland A, Natvig GK. Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning 2008;10(2): 3–14.
15. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Söderhamn O. Older home-living patients' perceptions of received home nursing and family care. Nordisk Sygeplejeforskning 2011;(3): 219–34.
16. Nordhus IH, Hynninen KM. Treating late-life anxiety in chronic medical illness and cognitive impairment: two case studies. In: Pachana NA, Laidlaw K, Knight BG, editors. Casebook of clinical geropsychology: international perspectives on practice. Oxford: Oxford University Press; 2010.
17. Nordhus IH. Manifestations of depression and anxiety in older adults. In: Woods R, Clare L, editors. Handbook of the Clinical Psychology of Ageing. 2nd ed. ed. Hoboken: Wiley; 2008.
18. Momeni P, Wettergren L, Tessma M, Maddah S, Emami A. Factors of importance for self-reported mental health and depressive symptoms among ages 60 – 75 in urban Iran and Sweden. Scand J Caring Sci 2011;25(4): 696–705.
19. Lindström M, Sundquist J, Östergren PO. Ethnic differences in self-reported health in Malmö in southern Sweden. J Epidemiol Community Health 2001;55(2): 97.
20. Tinghog P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L. The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. Int J Soc Psychiatry 2010 Jan; 56(1): 74–93.
21. Harrefors C, Savenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. Scand J Caring Sci 2009 Jun; 23(2): 353–60.
22. Tønnessen S. Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet. Sykepleien forskning 2013; (2): 158–61.
23. Jakobsen R. Nærvarer når identitet er truet – En studie av god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner. 2012. Universitetet i Nordland.
24. Jakobsen R, Homelien S. Å forstå pårørende til personer med demens. Geriatrik Sykepleie 2013.
25. Rognstad MK, Nåden D. Utfordringer og kompetanse idemensomsorgen – Pleieres perspektiv. Nordisk Sygeplejeforskning 2011;1 (02): 143–53.
26. Price J, Butler R, Hatcher S, Von KM. Depression in adults: psychological treatments and care pathways. BMJ Clin Evid 2007;2007.
27. Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ, Buzaitis A, Cain KC, Fruin M, et al. Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: livingwell with stroke: randomized, controlled trial. Stroke 2009 Sep; 40(9): 3073–8.
28. de Man-van Ginkel JM, Gooskens F, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdottir TB. A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. J Clin Nurs 2010 Dec; 19 (23–24): 3274–90.
29. Hem HM. Mature care? An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses. Oslo: Institute of Nursing and Health Sciences, Faculty of Medicine, Universitetet i Oslo.; 2008.
30. Kouwenhoven SE, Kirkevold M. Depressive symptoms etter hjerne-slag. Sykepleien forskning 2014;9(1): 80–5.
31. Birkeland A. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. Sykepleien forskning 2013;8(2): 114–22.
32. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990 – 2001. Tidsskrift for Den norske legeforening 2003.
33. Deady R, McCarthy J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. Perspect Psychiatr Care 2010 Jul; 46(3): 209–20.
34. Clancy A. Hva er etikk? Tidsskr Sykepl 2012;100 (14): 80–1.
35. Vågan A, Grimen H. Profesjoner i maktteoretisk perspektiv i Profesjonsstudier, red A. Molander og L.I. Terum. Oslo: Universitetsforl.; 2008.
36. McCarthy J. A pluralist view of nursing ethics. Nurs Philos 2006 Jul; 7(3): 157–64.
37. Tønnessen S, Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien forskning 2012;(Nr. 3): 280–5.
38. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. 2009. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16a-d32e4bbd8d8ab5c21445a5d>.



Illustrasjonsfoto: Colourbox



helse

somatikk

brukernes behov

reduksjon av tvang

grunnleggende sykepleie

faglige utfordringer

relasjon

Psykisk helse- og ruskonferansen 2017

Drammen 9.–10. mai
med forskningsseminar 8. mai

Ny tid – ny praksis
uten tvang og medisiner?

fremtidsutfordringer

helhet

recovery

forskning

medikamentfritt

kompetanse

miljøterapi



NSFs faggruppe for sykepleie
innen psykisk helse og rus





Bli medlem i SPoR

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

Medlemsfordeler:

- Du får rabatt på konferanser og arrangementer i regi av SPoR.
- Du får tilsendt fagbladet Psykisk helse og rus.

Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider innen fagfeltet psykisk helse og rus, eller som er interessert i fagfeltet, og som er medlemmer av NSF.

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

Medlemskap koster kr. 450,- per år. (For studenter, uføretrygdede og pensjonister: kr. 225,- per år.)

Ønsker du å bli medlem av faggruppen, kan du sende e-post til torfrid.johansen@hotmail.com eller registrere deg på NSF's hjemmesider: <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere>.

Ønsker du kun abonnement på tidsskriftet, kan du sende e-post til kjersti.overnes@gmail.com