



Psykisk helse og rus

NR. 2-2016 • ÅRGANG 27

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS



Musikk som terapi

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

REDAKTØR

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

STYRET

Faggruppel leder

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

Nestleder

Espen Gade Rolland
Tlf. 40 84 29 41
esprol@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

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

WEBANSVARLIG

Espen Gade Rolland
Tlf. 40 84 29 41
esprol@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: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 8. desember 2016

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

NR. 2-2016 • ÅRGANG 27

- 4 Lokalgruppelederkonferansen
- 5 Leder
- 6 Smånytt
- 8 NSF satser på psykisk helse
- 10 Tilbud om skrivekurs
- 11 Har rusreformen gitt kvalitet?
- 12 Premie til nytt medlem
- 13 Årets sykepleier er kåret
- 14 Rus- og helsekonferansen
- 16 Tilbakeblikk
- 18 Bokanmeldelse
- 19 TVIL-konferansen
- 20 Musikkterapi i rusbehandling
- 27 The Nordic Conference of Mental Health Nursing
- 28 Uenighet - konflikt eller kompetanse?
- 30 Hva bør utdanningen inneholde?
- 34 Marie Lysnes stipend

«Ytringsfrihet er livsviktig, også i psykiatrien.» Side 28



30



20

11

Medlemstilbud på bladet Psykisk helse



**SPoR-
medlem:
halv
pris!**

Bestill på epost mrk. SPOR til
post@psykiskhelse.no
233,- /år (ord.465,-)

**PSYKISK
HELSE**



Inspirerende debatter og nyttig informasjon

Lokalgruppelederkonferansen i april var en inspirerende samling hvor fagpolitikk sto i sentrum, og mange viktige tema var på dagsorden.

Tekst Olav Bremnes

Lokalgruppelederkonferansen var i år lagt til Losby Gods i Lørenskog fra 7.– 8. april. Til sammen var vi 22 stykker som var samlet fra lokalgruppene og landsstyret.

Krav til sykeleiespesifikt innhold i masterutdanning og kompetansekrav til spesialsykeleier innen psykisk helse og rus ble drøftet. Åshild Fause fra Tromsø og Espen Rolland fra landsstyret innledet til diskusjon om temaet. Det ble også informert om et fagutviklingsprosjekt som lokalgruppa i Troms har initiert i samarbeid med landsstyret. Prosjektet skal se nærmere på: Hva bør fordypning i sykeleie inneholde av sykeleiespesifikke emner i tverrfaglige masterutdanninger innen psykisk helse og rus. Det er nå søkt fagutviklingsmidler fra NSF til prosjektet.

Spennede debatter

Svein Roald Schrømer-Olsen fra NSF og Kurt Lyngved innledet til en spennende debatt om temaet «Sykeleier som samfunnsaktør». Det er en oppfølging av landsmøtevedtaket om å ha en strategi på hvordan NSF skal være mer synlig og sette dagsorden i samfunnsdebatten. NSF har invitert til et samarbeid med SPoR for å konkretisere teamet.

Medisinfrie tilbud i psykisk helsevern var også tema. Her innledet Liv

Stokkenes Jacobsen fra Sogn og Fjordane om temaet, og orienterte om erfaringer som er gjort så langt med etablering av slike tilbud i Norge.

Et annet tema var helsedirektoratets arbeid med pakkeforløp innen

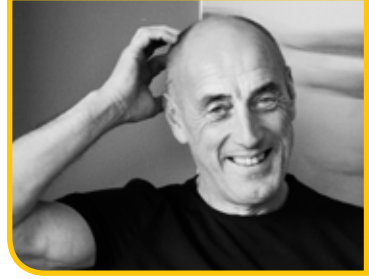
«Deltakerne viste stort engasjement.»

psykisk helse og rus, et tema som skapte mye debatt og stort engasjement. Espen Gade Rolland og Svein Roald Schrømer-Olsen har vært med i en arbeidsgruppe i helsedirektoratet og innledet til debatt.

Presentasjon av lokalgruppene

«Norge rundt» var et interessant tema, hvor lokalgruppene presenterte hva de arbeidet med lokalt og ulike arrangement som var gjennomført og planlagt. Det er varierende aktivitet i lokalgruppene, men mange arrangerer interessante fagseminar som har fokus på viktige tema som opptar sykeleiere i de ulike praksisfeltene. Deltakerne viste stort engasjement, og dagene ga ideer og inspirasjon til videre arbeid i lokalgruppene. ■

■ LEDER:
Kurt Lyngved



Kompetanse er nøkkelordet

Så er den endelig her! Sommeren vi venter på hvert år, med solfylte dager og ferie. Litt fri fra alle plikter og forventninger som er rettet mot oss resten av året. Skjønt helt sant er det ikke. Ikke for oss som jobber i helsevesenet. Ferietid er preget av utfordringer for å få tak i de vikarer man trenger for å få en forsvarlig drift. Det er mange som har behov for kvalifisert arbeidskraft på denne tiden av året. Vi vet at kontinuitet i tjenestene er viktig og relasjonene mellom brukerne og utøverne av tjenestene er også sentral. Å skulle forholde seg til nye mennesker er krevende for mange og derfor er det av stor betydning at vi sikrer kvalitet og kompetanse når vi rekrutterer ansatte til våre tjenester. Dette må være fyrtårnet som leder oss på veien mot alltid å satse på den kompetanse som gir de beste tjenestene til de som etterspør dem.

Kompetanse er nøkkelordet i mange sammenhenger og innenfor de fleste fagfelt. Sykepleie er et komplekst fag med tanke på kompetanse. Vi arbeider innenfor mange områder av helse-tjenestene og skal bidra til å møte menneskelige, individuelle behov på svært mange områder. I livsløpsperspektivet handler det om møter med mennesket fra vugge til grav. Sykepleieren er som oftest den du først treffer på i møtet med livet, og for mange den siste du forholder deg til før døden inntreffer. Dette stiller krav til oss på mange områder og gir oss utfordringer faglig, etisk og rent menneskelig.

Sykepleiefaget handler i stor grad om å møte menneskets grunnleggende behov i samspill med hverandre. Kanskje snakker vi her om sykepleiens særegenhet og unikheter. Dette gjør at vi alltid må se helsesvikt på et område i lys av de øvrige grunnleggende behov mennesket har. Dette er sentralt for oss som sykepleiere innen det psykiske helsefeltet også. Det dokumenteres at mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer dør altfor tidlig av de samme sykdommene som befolkningen for øvrig. Krevende livsførsler og svikt med tanke på grunnleggende behov fører til mer alvorlig helsesvikt og kortere levetid. Sykepleie til mennesker med psykisk helsesvikt handler om å ha fokus på hele spekteret av grunnleggende behov og hvordan vi kan bidra til å styrke helsestilstanden til mennesket ved hele tiden å ha fokus på denne sammenheng.

Ett av temaer som stadig dukker opp i media og som dokumenteres på ulike måter, er bruk av tvang innenfor de psykiske helse-tjenestene. Tvang som fenomen må vi som sykepleiere alltid reflektere over med tanke på hvorfor og hvordan dette anvendes. Vi må hele tiden være aktiv overfor dette og med

kritisk blikk vurdere bruken av tvang overfor våre medmennesker. Argumentasjoner i mange retninger om bruk av tvang vil man oppleve på sine arbeidsteder, media og på andre arenaer. Sånn må det være. Men for oss som sykepleiere er det sentralt å ha egne oppfatninger av våre faglig-etiske holddepunkter til tvang og delta i debatten rundt fenomenet på vegne av brukerne av psykiske helse-tjenester. Det er ikke dialogen om rett eller galt – svart eller hvitt – jeg først og fremst tenker på her, men vår fagstemme inn mot et område av helse-tjenesten som er svært kompleks. Sammen må vi utvikle holdninger som utløser handlinger som ivaretar pasientens integritet og verdighet. I denne sammenheng blir også samarbeidet med brukerne sentral.

Årets fagkonferanse i Drammen med tema seksualitet ble svært spennende og lærerik for oss som var der. Seksualitet er et tema som kan være vanskelig. Det er for mange av oss vanskelig å snakke om og ikke minst ta opp i møte med pasienter i helsevesenet. Dette fikk vi godt illustrert på konferansen. Sårbarheten som ligger i det å bringe temaet på bane og bidra til å skape den gode dialogen knyttet til seksualiteten. Seksualiteten representerer utfordringer for mange, også for dem som har psykiske- og/eller rusproblemer. Derfor er det viktig at vi sykepleiere innenfor dette feltet blir tryggere på å ta opp temaet og bidrar til at dette viktige feltet av menneskelivet også ivaretas.

Når dette leses er sommeren allerede på hell og vi ser sommerens metthet legge seg i naturen og det er liksom som den hviler etter en hektisk høysommer. Ferien er, for mange, tilbaketog og nå står et nytt og krevende år foran oss. Sammen skal vi ta tak som bidrar til fagutvikling og stadig bedre tjenester for våre brukere.

I september arrangeres Nordisk kongress i psykiatrisk sykepleie i Malmö 14. til 16. september og i november er det ruskonferanse i Trondheim. Spennende arenaer for faglige og sosiale møter.

Har også lyst til å slå et slag for TVIL-konferansen som arrangeres på Voksentoppen i Oslo 7. og 8. september. Årets tema er «verdi og verdighet, i vår hverdag og i samfunnslivet».

Da gjenstår det for meg å ønske dere alle og enhver især en god høst i arbeid og i fritid.

Kurt J. Lyngved

FAGGRUPPELEDER

Nest mest lykkelige

Nordmenn er nest lykkeligst på jobb, viser en undersøkelse fra Universum som omfattet 250 000 ansatte i 55 land. Det er kun belgiske medarbeidere som er mer fornøyde enn nordmenn. Tredje plass går til Costa Rica. Blant våre skandinaviske naboer havner danskene på en fjerdeplass, mens svenskene ligger som nummer elleve.



Kilde: Ledernet.no

Rus bak rattet

Alkohol, cannabis og amfetamin påvises fortsatt hyppigst i blodprøver fra bilførere som er mistenkte for påvirket kjøring. Forekomsten er på omtrent samme nivå som tidligere år. Selv om Ecstasy-forekomsten er lav, har den økt kraftig og er den høyeste på mange år. Det viser tall fra Folkehelseinstituttets rusmiddelrapport for 2015.

Kilde: Folkehelseinstituttet



SMÅNYTT

Syk av jobben

Arbeidsmiljø kan forklare hvorfor kvinner i helse- og sosialsektoren har høyere risiko for langtidssykmelding enn kvinner i andre yrker. Det viser en studie utført av seniorrådgiver Cecilie Aagestad og medarbeidere i Statens arbeidsmiljøinstitutt og Universitetet i Oslo.

– Kvinner i helse- og sosialsektoren har 40 prosent forhøyet risiko for legemeldt sykefravær i 21 dager eller mer. Av den forhøyede risikoen kan 70 prosent forklares av arbeidsforhold, sier Aagestad til Dagens Medisin.

Høye emosjonelle krav, vold og trusler fra pasienter og klienter og det å løfte i ubekvem stilling trekkes frem som de mest betydningsfulle risikofaktorene.

Aagestad mener debatten om sykefravær i for stor grad har handlet om kjønnsforskjeller.

– Den høye kvinneandelen i denne typen yrker har blitt benyttet som en forklaring på det høye sykefraværet, og fokuset på kjønnsforskjeller har muligens overskygget arbeidsmiljøets betydning. Forskjeller i arbeidsmiljøforhold kan forklare en god del av den økte risikoen for sykefravær blant disse kvinnene. Det kan man jobbe forebyggende med, sier Aagestad.

Hun oppfordrer arbeidsgivere til å se nærmere på organisering av arbeidsplassen og å kartlegge uønskede hendelser som vold og trusler for å unngå at det skjer igjen.

Kilde: Dagens Medisin



«Aldri se ned på noen, med mindre du hjelper dem opp.»

Jesse Jackson

Ny app om etikk

Hva gjør du som sykepleier om pasienten nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Eller hvordan takler du det, om du ikke får tid til å sitte hos en døende? Hva er egentlig rett og hva er galt? Sykepleien har utviklet en app som kan gjøre det litt enklere for sykepleiere å ta beslutninger i vanskelige situasjoner. Sykepleien har nemlig samlet over 40 artikler rundt temaet etikk, forfattet av eksperter innen området. Her kan du muligens få noen nyttige tips og

svar som kan løse dine egne dilemmaer. I appen finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Alle artiklene er tidligere publisert i Sykepleien. Etikk-utgaven i Sykepleiens App for nettbrett kan lastes ned gratis fra AppStore eller Google Play.



Kilde: Sykepleien

Angst er arvelig

Mens miljøet betyr mest på kort sikt, spiller genene dine en avgjørende rolle på lang sikt. Det er konklusjonen på en stor studie om sosial angst og unnvikende personlighetsforstyrrelse fra Folkehelseinstituttet.

– Resultatet viser en overraskende høy arvelighet av langtidrisiko for å utvikle sosial angst, sier Fartein Ask Torvik, forsker ved avdeling for genetik, miljø og psykisk helse ved Folkehelseinstituttet.

Det har lenge vært klart at både arv og miljø spiller en rolle i utviklingen av sosial angst, men forskerne har ikke tidligere vært klar over at genene våre spiller en så stor rolle som de ferske forskningsresultatene viser.

Kilde: Fhi.no

Dårligere på skiftarbeid

Når døgnrytmen forskyves og de har vært våkne lenge, er kvinner dårligere på å konsentrere seg enn menn. Det ser ut til at kvinner har økt risiko for yrkesskader med skiftarbeid. Det er kjønnshormoner som forklarer hvorfor kvinner blir mer påvirket av døgnrytmen enn menn, viser en britisk studie av 16 menn og 18 kvinner.

Kilde: Forskning.no

Sykepleien på øret

Du kan nå lytte til Sykepleien. I februar lanserte de nemlig sin podcast, med spennende intervjuer, reportasjer og faglig oppdateringer. Podcasten finner du på Itunes og via Apples podcast-app. Du kan også abonnere på podcasten. Da går du ikke glipp av en eneste episode.



Tekst Trine-Lise Gjesdal og Johan Alvik

Økt risiko for psykiske vansker

Ekstremt premature barn og barn med ekstremt lav fødselsvekt, har økt risiko for psykiske vansker ved 11 års alder. Det viser en norsk studie. Forskerne har fulgt to årskull av ekstremt premature i Norge frem til 11 års alder. Til sammen over 200 premature barn født i 1999 og 2000 er sammenliknet med en kontrollgruppe på 1800 barn i Bergen.

– Cirka en tredjedel av de ekstremt premature hadde oppmerksomhetsvansker, og omtrent like mange hadde sosiale vansker. Dette er de to utfordringene disse barna sliter mest med, sier lege Silje Katrine Elgen Fevang til Dagens Medisin. Hun er førsteforfatter av studien.

Resultatene viser videre at 18 prosent av de premature barna hadde autismesymptomer sammenliknet med 3 prosent i kontrollgruppen. Symptomer på angst og tvangslidelser hos premature barn var mer enn doblet sammenliknet med kontrollgruppen.

Studien er utført av forskere fra forskningsgruppen Prosjekt Ekstremt Premature (PEP) ved Universitetet i Bergen og RKBV Vest, Uni Research Helse.

Kilde: Dagens Medisin



Sliter med anatomi

Sykepleierstudenter synes det er vanskelig med anatomi, fysiologi og biokjemi. Nesten 30 prosent av sykepleierstudentene strøk på en deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi i fjor. Det var Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) som arrangerte den frivillige nasjonale deleksamen for sykepleierutdanningene. Over 1700 studenter på bachelorprogrammer fra tolv utdanningsinstitusjoner deltok, og flertallet av studentene var fra første semester. Kun to av institusjonene hadde et karaktersnitt på C, mens seks hadde E, eller i nærheten av E, som gjennomsnittlig resultat.

– Institusjonene har selv ansvaret for å styrke undervisningen og sette inn tiltak der det er behov. Nasjonale deleksamener gir fagmiljøene muligheten til å sammenlikne seg med tilsvarende fagmiljøer ved andre institusjoner, sier Terje Mørland, direktør for NOKUT.

Kilde: NTB



Satser på psykisk helse og rus

NSFs landsmøte i høst ga klar melding: Psykisk helse og rus er viktige områder. Forbundet skal være en premissleverandør og pådriver for utvikling av gode tjenester.

Tekst Svein Roald Schømmer-Olsen, seniorrådgiver, fag- og helsepolitisk avdeling, NSF

Landsmøtet i NSF ga tydelige føringer for en videre satsing på psykisk helse og rus. For det første skal sykepleietjenesten være en aktiv pådriver i arbeidet med rus og psykisk helse. For det andre skal NSF være en premissleverandør og til stede på arenaer hvor beslutninger gjøres. Det gir muligheter, samtidig som det gir et ansvar. Hvilke utfordringer ser vi og hvordan kan vi gi pasienter og brukere bedre tjenester og bedre sykepleie? SPoR, NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, er en sentral aktør i utvikling av fagpolitiske strategier og innsatsområder for Sykepleierforbundet. Som medlem i NSF har vi alle et samfunns- og fagpolitisk ansvar i utvikling av god NSF-politikk. Det er flere aktuelle saker som er varslet og kommer for full fart i årene som kommer.

Plan for pakkeforløp

Første april i år overleverte Helsedirektoratet en prosjektbeskrivelse om utvikling av pakkeforløp til Helsedepartementet. Beskrivelsen skisserer en plan for utvikling og implementering av pakkeforløp innen psykisk helse og rus. Etter planen vil de første pakkeforløpene være implementert 1. januar 2018. Arbeidet med å utvikle pakkefo-

rløpene starter opp allerede til høsten. Et annet område som har fått betydelig oppmerksomhet gjennom flere år er kommunal finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter.

Regjeringen har hatt som mål å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra og med 2017. Det har vist seg å være vanskelig. Blant andre har KS og NSF vært skeptisk til å innføre denne reformen nå. Det er betydelig usikkerhet knyttet til om de kommu-

«Nå har du muligheter til å komme med innspill.»

nale psykisk helse- og rustjenestene er godt nok rustet. Det tas sikte på å innføre tydeligere krav til planlegging og samarbeid. Det varsles om at ordningen tidligst kan realiseres fra 2018.

På plass med ø-hjelp

Derimot er det gitt marsjordre fra regjeringen om å få på plass øyeblikkelig hjelp døgn fra og med 01.01 2017. Finansiering og organisering vil bli omtalt nærmere i statsbudsjettet for 2017. For de kommunene som ikke har

startet planleggingen har de nå bare tiden og veien. I Nord-Trøndelag har de allerede startet opp. BYN-prosjektet (3) er et samarbeid mellom kommunen Bindal, Leka, Nærøy og Vikna. Deler av denne modellen vil kunne brukes i andre deler av landet sier samhandlingskoordinator Reidun G. Korssjøen til Napha.

Innsatsstyrt finansiering

Det arbeides også med å innføre innsatsstyrt finansiering (ISF) på polikliniske tjenester innen psykisk helse og rus. Per dags dato er cirka 15 prosent av økonomien styrt av aktivitetstakstene. I tillegg er det fra opptrappingsplanen for psykisk helse (98–08) fortsatt et betydelig antall årsverkstakster innen psykisk helsevern man ønsker å omgjøre til mer aktivitetsbaserte finansieringsformer. Takstendringer vil ikke bare påvirke de økonomiske rammene, men vil også kunne påvirke organisering og prioritering av tjenestene. NSF er kritisk til endringen blant annet fordi den i liten grad begrunnes med å utvikle tilbudet til pasientene. Vi ønsker å vite mer om hva som konkret tenkes lagt inn i takstene før vi kan ta stilling til dette. Helsedirektoratet har fått ansvar for arbeidet med å utrede innføringen



TETT PÅ PASIENTEN: Sykepleiere innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har høy kompetanse og arbeider tett opp mot pasienter og brukere. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

av ISF i poliklinikkene i psykisk helsevern og TSB. Det er et uttalt mål at ISF somatikk, psykisk helse og rus skal være sammenslått i løpet av 2018.

Ny studie

Rapporten «Sykepleie i kommunalt psykisk helse og rusarbeid» (2) viser at sykepleiere langt på vei arbeider i takt med nasjonale føringer og pasientenes behov. Sykepleiere innen kommunale psykisk helse- og rusarbeid har betydelig erfaring, høy kompetanse og arbeider tett opp mot pasienter og brukere. Leder i SPoR, Kurt Lyngved, uttalte når rapporten ble lansert, at funnene i studien gjør sykepleiefaget tydeligere.

I løpet av høsten 2016 skal det gjennomføres en ny studie. Studien tar sikte på å undersøke pasientenes behov for sykepleiefaglig oppfølging og sykepleierens rolle og funksjon i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Til slutt. Landsmøtet i NSF har gitt klar melding til en videre innsats for utvikling av gode tjenester innen psykisk helse og rus. Planer skal legges og fagpolitikk skal utvikles. NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, SPoR, er en viktig aktør. Nå har du muligheter til å komme med innspill frem mot sommeren og utover høsten. Ingen innspill er for små, ingen er for store.

Innspill kan sendes til ditt lokallag i SPoR eller direkte til: svein.roald.olsen@nsf.no

Fagpolitisk hilsen med ønske om en god og varm sommer! ■

Referanser:

1. NSF's politisk plattform for psykisk helse og rus 2013 – 2016. <https://www.nsf.no/Content/2201713tisk%2form%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf>
2. Rapporten: Sykepleie i kommunalt psykisk helse og rusarbeid. <http://www.hbv.no/getfile.php/1-hbv.no/filer/Forskning/Sentra/Psykisk%20helse%20og%20rus/Forskningsrapport%2016%202015.pdf>
3. Napha: artikkel om akutttilbud døgnet. http://www.napha.no/content/20708/Prover-ut-akutt-dognntilbud-for-rus-og-psykisk-helse-i-kommunen?utm_medium=epost&utm_source=Napha.no&utm_campaign=NAPHA-nytt%20uke%2018

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.

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. Praksisbeskrivelsene blir publisert i NAPHAs kunnskapsbase www.psykisk-helsearbeid.no og www.NAPHA.no. Artikler kan også publiseres i faggruppens fagtidsskrift «Psykisk helse og rus»

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

Tid: Første samling er 2. og 3. november, mens andre samling er 30. november.

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

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 ved Olav Bremnes: olav@ntebb.no. Ved påmelding: navn, arbeidssted og en kort beskrivelse av tiltaket du ønsker å skrive om.

Påmeldingsfrist 1. oktober.

Eksempler på artikler etter andre skrivekurs:

<http://www.napha.no/content/3298/Tips-fra-kunnskapsbasen-Psykiskhelsearbeid-Praksiseksempler-utviklet-i-samarbeid-med-NAPHA-skrivekurs-i-2011>

Skrivekurset er et samarbeid mellom NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR) og NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid).

Mvh
Kurt Lyngved
Faggrupeleder SPoR



NSF's faggruppe for sykepleiere
Innen psykisk helse og rus



Har rusreformen gitt kvalitet?

Rusreformen skulle tone ned ideologi, øke kvalitet og gi bedre resultater for brukerne. De rusavhengige fikk pasientrettigheter og institusjonene ble flyttet fra fylkeskommunen til helseforetakene. Har det blitt bedre?

I forrige nummer kritiserte jeg selve ideen om å fjerne seg fra ideologi. Jeg viste til hvordan praksisen på rusfeltet er ideologisk par excellence i den forstand at vi fremstiller oss som progressive og ikke-ideologiske, samtidig som vi opprettholder en praksis med å rydde narkomane vekk fra handlegaten. Vi vil ikke se den narkomane i gata, men ser ham gjerne på TV i de mest forvrengte positurene han kan stille opp i.

Kvalitet

Nå til kvalitet. Har rusreformen gitt bedre kvalitet? Et enkelt svar på det ville vært «nei!». Et riktig svar ville vært «hvem vet?». Vi er ikke enige om hva kvalitet i rusbehandling er. Helsemyndighetene har forsøkt seg med det de kaller kvalitetsindikatorer som gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd, tid for utsending av epikriser, rapportering av ventetid til NPR, og så videre. Helt klart meningsløst babbel for de fleste pasientene. Dette sier så godt som ingenting om innholdet i behandlingen og hva behandlingen er for brukeren. Kvaliteten på behandlingstilbudet skal

beskrives ut ifra om de forventninger som er gitt i forhold til om tilbudet innfris når brukeren erfarer behandlingen. I alle fall om man skal forholde seg til «Norsk Standard» for kvalitet.

Riktignok har nettportalen helsenorge.no blitt bedre nå som den inkluderer nasjonale brukerundersøkelser i kvalitetsbeskrivelsen. Nå kan man se hvor brukerne mener de får utbytte av behandlingen og hvor de er fornøyd med miljøet. De institusjonsspesifikke dataene viser, ironisk nok, at tjenester som har vært anklaget for

basere seg på informasjonen de får fra sosionomen på DPS (hvor mye vet de?) og det de konkurrerende behandlingstilbudene sier, eller skryter, om seg selv. Hvor ofte leser du på en infoliste til et behandlingstilbud: «Vi har 60 prosent dropout i behandling, og 80 prosent tilbakefall etter behandlingen?» Aldri! Selv om vi vet at dette er tilfelle flere steder.

Ryktebørsen

Vi kan ikke si at tilfredsheten med behandling er et reelt kvalitetsmål,

«Helt klart meningsløst babbel for de fleste pasientene.»

å være for ideologiske, scorer best. Ideologien man ville vekk fra var kanskje ikke bare ille? Ideologi kan gi mening.

Så da har vi et system for å påvise dette, men vi mangler fortsatt muligheten for å kunne se om tjenestene svarer til brukernes forventninger. Først må vi kunne forutsette at den informasjonen brukerne av tilbudet får, er sannferdig. Akkurat nå må brukerne

før brukerne i forkant av behandling får riktig informasjon om behandlingstilbudet. Derfor vil det være viktig både med kompetanseheving hos henvisende instanser og et standardisert system for informasjon om alle behandlingstilbudene. Slik det fungerer i dag får man mer innsikt i tjenesteapparatet på ryktebørsen enn via helsenorge.no. ■

Flott premie til nytt medlem

Sykepleier Lillian Bente Lindstrøm meldte seg inn i SPoR i vinter, og ble trukket ut til å delta på konferanse.

Tekst Siw Elisabeth Helden

forbindelse med medlemsverving kjørte vi en vervekampanje fra 19. november 2015 til 1. februar 2016. Vi fikk 45 nye medlemmer i denne perioden, og blant dem ble én trukket ut til å delta på vår årlige konferanse «Psykisk helse og Rus – 2016».

Allsidig bakgrunn

Lillian Bente Lindstrøm er fra Hammerfest. Hun var ferdig utdannet sykepleier for to år siden, men har i forkant av sykepleierutdanningen en rekke utdanninger. Hun startet først som hjelpepleier med videreutdanning i barsel- og barnepleie. Deretter tok hun bachelor i yrkesfaglærer i helse- og sosialfag, videreutdanning i nettverksarbeid med barn og deres familie og videreutdanning i psykisk helse. I tillegg har hun studiepoeng innen IKT og praksisveilederutdanning. På spørsmål om hva som gjorde at hun valgte å ta sykepleierutdanningen på toppen av alle de tidligere utdanningene, svarer hun at hun ønsket mer kunnskap i forhold til somatisk helse. Dette for å kunne se mennesket mer helhetlig. Hun jobber i dag med mennesker som har psykiske helseutfordringer og rusproblematikk, og ser at hun har stor nytte av sin somatiske kunnskap i møte



NY MEDLEM: Lillian Bente Lindstrøm meldte seg inn i SPoR og fikk vervepremie. Foto: Privat.

«Hun er veldig fornøyd med gevinsten.»

med disse menneskene. Hun opplever at undervisningen i vitenskapsteori og filosofi under utdanningen har gitt henne et større perspektiv på helhet. Spesielt synes hun det er spennende å ta med seg filosofiske og vitenskapelige teorier ut i den praktiske hverdagen. Som sykepleier opplever hun å

ha en bred kompetanse i behandling, rehabilitering, forebyggende og helsefremmende arbeid. På spørsmål om det er noe spesielt hun brenner for og er opptatt av innen feltet psykisk helse og rus, svarer hun kontant «ettervern». Hun mener kommunehelsetjenesten må komme tidligere inn i ettervernsarbeidet og begynne samarbeidet inne i rusinstitusjonen, sykehuset eller fengselet. Som viktige faktorer i ettervernet nevner hun bolig, arbeid/aktivitet, etablering av relasjon med dem som skal følge opp i kommunen og ansvarsgruppeetablering.

Forventninger til medlemskapet

Hvorfor meldte hun seg så inn i SPoR? Hun hadde blitt medlem av facebook-siden til SPoR hvor hun fant mye interessant lesning. Hun så vervekampanjen annonsert på siden og meldte seg inn. Hennes forventninger til medlemskapet er å få tilgang til forskning, kurs, fagdager og erfaringsutveksling. Hun er veldig fornøyd med gevinsten, og synes konferansen var veldig interessant. Den har bidratt til nye tanker og kunnskap, og hun opplevde et godt samhold med de andre deltakerne. Vi har den glede av å ønske henne velkommen som medlem i SPoR. ■

Verdig vinner av Årets sykepleier

På Norsk Sykepleierforbund Aust-Agder sin markering av sykepleierdagen ble Årets sykepleier 2016 kåret. Prisen gikk til Inger Marie Espeland.

Tekst Anne Hansen Vartdal

Inger Marie Espeland er psykiatrisk sykepleier i Arendal kommune. Hun er en tydelig, modig og stolt sykepleier som framsnakker sykepleierfaget og sykepleierprofesjonen. En rollemodell for kolleger og studenter. Hennes nettverk er stort og samarbeidsparter er mange og av ulike yrkesgrupper.

Pådriver

Hun har vært nytenkende og pådriver, og med på å bygge opp forebyggende tjenester for barn, unge og familier i Arendal kommune. Hun er aktiv bidragsyter i arbeid med barn som pårørende, er medansvarlig i gruppe- og samtaletilbud for barn og foreldre der voksne sliter psykisk.

Inger Marie Espeland har vært leder av Psykososial Kristeam i Arendal kommune i en årrekke, der er hun i beredskap når alvorlige hendelser skjer og nødeta-ter ser at involverte trenger oppfølging og bistand.

Verdig vinner

Det er en verdig vinner av sykepleierprisen 2016. Inger Marie er engasjert, har stort pågangsmot og initiativ. Hun er personlig og uredde i møte med pasienter, pårørende og samarbeidsparter. Hun deler villig sin kunnskap med kolleger, samarbeidsparter, studenter, pasienter og pårørende.

Det var sju kandidater til prisen i år. En egen jury, nedsatt av Fylkesstyret i NSF Aust-Agder, utpekte vinneren. Det var kolleger i Arendal kommune som nominerte Inger Marie. De får et gavekort som takk.

Vi gratulerer Inger Marie Espeland med Sykepleierprisen 2016 i Aust-Agder. ■



RETTELSE

I forrige nummer av Psykisk helse og rus hadde vi en artikkel «Vi trenger mer kunnskap om migranter» skrevet av Tatiana Penzo og Jon Texmon, begge masterstudenter ved HioA. Vi ønsker å legge til at begge jobber ved Lovisenberg DPS: Tatiana Penzo; klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Akutteamet, Lovisenberg DPS. Jon Texmon; spesialisykepleier, post 1, Vor Frues Hospital, Lovisenberg DPS.





Rus- og helsekonferansen 17.–18. november 2016, Trondheim Radisson Blu Royal Garden Hotel





Program

TORS DAG 17. NOVEMBER

- 08.30 Registrering
- 09.30 Åpning v/ Kurt Lyngved, leder i SPoR
- 09.40 Fagpolitiske utfordringer i rusfeltet
v/ Eli Gunnhild Bye, forbundsleder i NSF
- 10.00 «Presentasjon av nye retningslinjer på rusfeltet»
v/ Britteline Bakstad og Stian Haugen – Helsedirektoratet
- 11.00 Pause
- 11.15 «Helhetlige og koordinerte pasientforløp – er pakkeforløp svaret?» v/ Øyvind Antonsen, sykepleier og kreftkoordinator ved A-hus og Svein Roald Schømmer-Olsen, sykepleier og seniorrådgiver, NSF
- 12.00 Lunsj
- 13.00 Overganger eller underganger - er pakkeløsning svaret,
v/ Erik Torjussen, brukermedvirker i organisasjonen A-larm
- 14.00 «LAR - Et livslangt forløp, er det mulig å avslutte?»
v/ Siri Getz Sollie, styreleder i LAR-nett Norge
- 15.00 Pause
- 15.15 Pårørendeperspektiv
- Elisabeth Johnsen Gjetøy, Barn av Rusmisbrukere,
BAR - Nettverksmøte v/ Roar Bakken,
Kompetansesenter rus – Midt-Norge
- 16.15 Praktisk bruk av retningslinjene
Debatt – plenum - Britteline Bakstad / Stian Haugen /
Erik Torjussen / og representanter fra praksisfeltet
- 20.00 Middag

FREDAG 18. NOVEMBER

- 08.30 Helsepersonell – ikke gi opp. v/ Erik Holm, RIO
- 09.00 «Ikke mist trua på mæ» - Erfaring med bruk av erfaringskonsulenter, v/ Pål Berger, Viktoria Skretting, Aleksander Skålevik
- 09.45 Pause
- 10.00 Recovery - Erfaringer fra Sannes kommunen, Steinar Trefjord, rådgiver i Mestringsenheten i Sannes kommune
- 11.00 «Alkohol, eldre og helsekonsekvenser», Mina Gerhardsen, generalsekretær i Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan
- 11.30 Lunsj
- 12.30 «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve»
Nasjonal overdosestrategi 2014–2017 v/Martin Blindheim, seniorrådgiver i helsedirektoratet
- 13.30 Overdosearbeid - strategi og praksis v/ Jan Erik Skjølås, fagleder i overdoseteamet i Trondheim
- 14.30 Avslutning av konferansen

PÅMELDING

Må skje elektronisk på: <https://hint.hoopla.no/sales/2417392902/>
Påmeldingen er bindende
Påmeldingsfrist 1. november
Påmelding etter 1. november påløper et gebyr på kr. 500,-
Spørsmål vedrørende påmelding rettes til
Anne Margrethe Sandberg, EINA
E-post: anne.m.sandberg@nord.no Tlf: 74212328 / 90518790



BARE FOR OSLOFOLK: Hjemløse menn i Oslo hadde Indremisjonens varmestue i Møllergata å ty til, når de trengte å få varme i kroppen på dagtid i 1957. I bildeteksten fra den gang står det: «Oslo 19. januar 1957. Ute-liggere i Oslo prøver å finne seg et sted der det er lunt og varmt. Her fra Indremisjonens varmestue i Møllergata, som er det eneste stedet hvor eldre og uføre menn fra kommunens herberger kan ty inn om dagen i vinterhalvåret. Om sommeren er den stengt. Det går an å få kjøpt kaffe, smørbrød og suppe der. Det er bare adgang for Oslofolk.»



Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Forfattere/(red.): **Anne Landheim, Frøy Lode Wiig, Marit Brendbekken, Morten Brodahl, Stian Biong**
Forlag: Gyldendal
Anmelder: **Knut Arne Gravingen, kommunikasjonsrådgiver, KoRus-Øst**



Veien ut av rusen

Ved å sette søkelys på hva som har vært viktig på veien ut av et rusmisbruk har 14 personer fortalt sine historier. Historiene om deres vei til et bedre liv og deres erfaringer kommer nå i boken «Et bedre liv».

Det finnes ingen enkle svar på hvorfor en blir avhengig av rusmidler. Alle har sin historie om veien inn i rusen, og veien ut den. Det er en stor variasjon i erfaringene.

– En målsetting med boken, som er skrevet av personer som ønsker å vise at det går an å komme seg ut av et langvarig og alvorlig rusmisbruk og avhengighet, er at rusmisbruk ikke trenger å være en livstidsdom, sier Morten Brodahl, som er med i redaksjonen til bokutgivelsen. Han har selv brukererfaring, men jobber nå som erfaringskonsulent ved Nasjonal kompetansetjeneste ROP.

Historiene er ikke representative, men de presenterer bredden og mangfoldet til brukerne.

– I boka presenterer vi historier om bedringsprosesser og hva som har vært viktig i slike livsprosesser for personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser, forteller Brodahl.

Historiene i boka skal synliggjøre at bedring er mulig og samtidig gi håp til brukere, pårørende og fagfolk.

– Det å formidle erfaringsbasert kunnskap om bedringsprosesser ved rusproblemer og psykiske lidelser viser seg er svært viktig knyttet til det å gi håp til de som befinner seg i en vanskelig livssituasjon, sier Brodahl.

Det er brukerne selv som har skrevet sine historier, og det er med refleksjoner og kommentarer fra fagfolk og pårørende.

– Vi får et godt innblikk i livene slik det har vært, hvordan det er nå og hvilke forhold som har støttet bedringsprosessen, forteller Brodahl.

Historiene som blir fortalt gir håp om at bedring både er realistisk og mulig.

– Dette er det viktig å formidle til brukere, pårørende, fagfolk, arbeidslivet, politikere og folk flest, sier Brodahl.

Boka retter seg mot studenter ved grunn-, videre- og etterutdanning ved universiteter og høyskoler innen helse- og sosialfag, personer som arbeider med mennesker med rusproblemer og/eller psykiske lidelser og til brukere og pårørende.

Mange personer med psykiske problemer og rusproblemer understreker at arbeid og aktivitet er særdeles viktig i bedringsprosesser. Derfor er arbeidslivet, NAV, NHO og frivillige organisasjoner også sentrale målgrupper.

Følgende har vært med i redaksjonen: Anne Landheim, dr-philos og forskningsleder ved Nasjonal kompetansetjeneste ROP. Morten Brodahl, erfaringskonsulent, Nasjonal kompetansetjeneste ROP. Marit Brendbekken, Amalie Skrams Hus, Bergen. Stian Biong, Høgskolen i Buskerud og Vestfold og Frøy Lode Wiig, Nasjonal kompetansetjeneste ROP.

I tillegg til de 14 brukerstemmene har Anne Landheim, Stian Biong, Marit Borg, Marit Brendbekken, Helge Waal, Lars Lien, Arnhild Lauveng, Solbjørg Talseth, Eli Vogt Godager, Elise Olsen, Christel Dahl, Aasa Kvia, Dagrunn Sømme, Steinar Trefjord, Trude Lønning og Ole Petter Askheim gitt faglige betraktninger til brukerstemmene.

TVIL 2016

VOKSENÅSEN KULTURSENTER 7.–8. SEPTEMBER 2016

Tverrfaglig oppgjør med skråsikkerheten – foredrag, samtale, kunstopplevelser.

Tvilen som verktøy for å vinne ny innsikt til en bredere begrunnet praksis.

Kanskje vi etterpå kan ta valg på et klokere og mindre forutinntatt grunnlag?

DISSE KAN DU MØTE:



BERGEM

HAASE

VAN DER HAGEN

HJORTH

KEMP

KLYVE



RAMBERG

SJØMÆLING

SYSE

REMLOV

VALLE

VETLESEN

VERDI OG VERDIGHET, I VÅR HVERDAG OG I SAMFUNNSLIVET

Hva bygger vi vårt liv, vårt arbeid og vårt samfunn på, og hvordan fremstår vi – egentlig? Forholdet mellom individet og kollektivet er i endring. Hva kjennetegner et godt fellesskap? Må vi definere et nytt og romsligere «vi» for fremtiden?

FRA PROGRAMMET: Anne Kristine Bergem: *I for storesko – Når barna passer på de voksne* | Safia Abdi Haase: *Verdier for et godt fellesskap – Solidaritet, toleranse, aksept, respekt* | Alf van der Hagen: *Møter Vigdis Hjorth til dybdesamtale* | Vigdis Hjorth: *Årets TVIL-forfatter, improvisasjoner underveis* | Peter Kemp (DK): *Fra velferdsstat til konkurransestat* | Arne Klyve: *Sinte, unge, villfarne menn* | Lars Ø. Ramberg: *SALE – Fra Kapitalistischer Realismus til ZWEIFEL 2005* | *Fremdgehen – Norsk nasjonalisme sett fra tysk perspektiv* | Tom Remlov: *Møter årets tvilsforedragsholder i Remlovs Røverhule* | Marius Sjømæling: *Innspill på Torvet: Har barndommen egenverdi?* | Henrik Syse: *Tvilsforedraget 2016: Verdi og verdighet – utfordringer i 2016* | Marthe Valle: *...og bli for all del ikke likegyldig*. Årets TVIL-musiker | Arne Johan Vetlesen: *Kommentarer til Løgnen om halvånnelsen og når verdigheten blir krenket* |

FOR PROGRAM OG PÅMELDING: www.tvil.no

ARRANGØRER: Bergen Kompetansesenter for Læringsmiljø | Danmarks Lærerforening
Dag Hammarskjöldprogrammet – Voksenåsen | Fagrådet – Rusfeltets Hovedorganisasjon
Norsk Sykepleierforbund | Utdanningsforbundet

PROSJEKT- OG PROGRAMLEDELSE: Wilhelmsen Kulturformidling, Bergen



Musikkterapi i rusbehandling

Hva er brukererfaringene med musikkterapi i rusbehandling? To rapporter gjengir brukererfaringer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kommunal rustjeneste. Rapportene gir viktig informasjon ettersom det foreløpig er få arenaer innen rusfeltet i Norge som tilbyr musikkterapi. Musikkterapi er anbefalt i flere nasjonale, faglige retningslinjer.

Musikkterapi har blitt mer utbredt som fag og profesjon de siste årene, både nasjonalt og internasjonalt. Forskning viser dokumentert effekt og nytteverdi på flere områder (Kielland, Stige, Trondalen 2013). I flere år har systematisk bruk av musikkterapi blitt nevnt og anbefalt i offentlige styringsdokumenter knyttet til rus og psykisk helse, for eksempel i rapporten «Kvalitet og kompetanse» (Helsedirektoratet, 2011). Relevansen av musikkterapi for behandling av rusproblemer, avhengighet og/eller psykiske lidelser er nå styrket ved at Helsedirektoratet anbefaler musikkterapi i tre aktuelle retningslinjer:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013, IS-1957)
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (2016)
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2016, IS-2211).

I psykoseretningslinjen er anbefalingen om musikkterapi gitt høyeste gradering (A), basert på høyeste evidensnivå (1a). Evidensgrunnlaget for musikkterapi på rusfeltet er noe svakere, mye fordi internasjonale metaanalyser ennå ikke er ferdigstilt. Forskning på musikkterapi innen behandling av rus- og psykiske lidelser er imidlertid i rask utvikling. Så langt viser både praktisk erfaring og forskning at musikkterapi er en behandlingsform som mange pasienter synes er motiverende og ønsker å benytte seg av.

Vi vil først beskrive musikkterapi som fagfelt, før vi kort beskriver et nasjonalt kompetansenettverk for musikkterapi i rusfeltet. Deretter refererer vi til brukererfaringer og sitater hentet fra to rapporter som gjengir erfaringer fra Hjellestad ved Stiftelsen Bergensklinikkene og fra Fredrikstad kommune.¹ Disse stedene tilbyr musikkterapi som en del av sitt behandlingstilbud til personer med rusproblemer. Vi bruker et recovery-perspektiv når vi kommenterer på erfaringene som pasientene har formidlet. Artikkelen avsluttes med en kort drøfting av brukererfaringene opp mot eksisterende teori og forskning, samt en vurdering av kunnskapsbehovet på feltet.

Musikkterapi

Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid (Bruscia, 2014), og bidrar med en ressorientert tilnærming til arbeid med rus og psykisk helse. Musikkterapeuter arbeider med utgangspunkt i klientens egne ressurser, med fokus på å fremme helse og livskvalitet gjennom musikk. Brukerinvolvering og en likeverdig relasjon vektlegges i det terapeutiske samarbeidet (Stige, 2002; Stige & Aarø, 2012; Trondalen, 2016). Musikkterapi tilbyr musikalsk deltakelse som spilling, sangskrivning, og/eller lytting til musikk. Noen brukere lager egne låter (Overå, 2013), mens andre trives best med å improvisere på instrumenter, eller dele låter og fortelle om hva og hvorfor musikk betyr noe for dem (Kristiansen, in press). Musikkterapi foregår

Av **Gro Trondalen**, professor, Norges musikkhøgskole, leder for Senter for forskning i musikk og helse. Underviser/veileder ved musikkterapistudiet og doktorgradsprogrammet i musikk

Brynjulf Stige, professor, musikkterapi ved Universitetet i Bergen og leder for GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning, UiB og Uni Research Helse

Reidar Dale, spesialkonsulent, Kompetansesenter rus region vest Bergen

Torhild Kielland, rådgiver, Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon

¹ To nye rapporter kommer i løpet av 2016: en rapport fra Bergen og en erfaringsrapport fra Sør-Odal kommune i Hedmark.



DOKUMENTERT EFFEKT:

I psykoseretningslinjen er anbefalingen om musikkterapi gitt høyeste gradering, basert på høyeste evidensnivå.

Illustrasjonsfoto: Colourbox.

individuelt eller i gruppe, på en institusjon eller i lokalmiljøet til brukeren. I musikkterapi settes fokus på hva brukeren kan og har lyst til å utvikle gjennom musikalsk samspill. Musikkterapeut og bruker(e) jobber sammen om å finne meningsfulle musikalske samværsformer (Tuastad, in press).

Effekten av musikkterapi på motivasjon, emosjonell bevissthet og sosial deltakelse er dokumentert i flere undersøkelser innen psykisk helsevern (Gold et al., 2013; Mössler et al., 2011). Samtidig viser kvalitative studier innen flere tilgrensende fagområder at musikkterapi nettopp engasjerer og motiverer til sosial deltakelse. Det gjelder for eksempel barnevernsfeltet (Krüger & Stige, 2014) og ettervern i kriminalomsorgen (Tuastad & Stige, 2015). Internasjonalt, har kliniske erfaringer bidratt til at interessen for systematisk praksisutvikling og forskning på musikkterapi har økt de siste årene (se Ross et al., 2008; Aldridge & Fachner, 2010; Silverman, 2015; Van Dort, 2015).

Nyere nevrovitenskapelig forskning viser at musikk behandles av hjernestrukturer nært knyttet til motivasjon, belønning og emosjoner. Salimpoor og kollegaer (2011) dokumenterte for eksempel hvordan sterke musikalske opplevelser utløser dopamin, en neurotransmitter som spiller en avgjørende rolle i belønningsbasert læring. Undersøkelsen peker på musikkens relevans for arbeid med rus og psykisk helse, selv om den bare gir oss en delforklaring. En reflektert forståelse fordrer at vi også utforsker

«Musikkterapi foregår individuelt eller i gruppe.»

musikkens funksjon og betydning sett fra et brukerperspektiv, der musikk som meningssskapende og relasjonsbyggende aktivitet kan ha stor betydning.

I dag er det etablert master- og PhD-utdanninger i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole i Oslo

og ved Griegakademiet, Universitetet i Bergen. Musikkterapi er en gammel idé, men en relativt ny profesjon, noe som blant annet kan skyldes at det har vært krevende å bygge opp forskning som kan spille potensialet i praksis på en tilfredsstillende måte. Musikk kan til dels forstås som en stimulus som virker sterkt på hjernens belønningssystemer. Samtidig er aktiv bruk av musikk en meningsfull aktivitet som mange opplever som motiverende, og som kan åpne for nye fellesskap. Forskning i dag dokumenterer nevropsykologiske prosesser, brukererfaringer og helserelaterte effekter av musikkterapi, der flere faktorer virker sammen.

At forskningsfeltet nå er utviklet på et nivå som gjør at Helsedirektoratet innarbeider anbefalinger av musikkterapi i flere retningslinjer, betyr at systematisk implementering av musikkterapi i

«Recovery handler først og fremst om personens egen innsats og prosess.»

helsevesenet kommer på den politiske dagsordenen på nye måter. De nasjonale, faglige retningslinjene understreker at behandlingen må gis av musikkterapeuter med godkjent utdanning. Profesjonell kompetanse som musikkterapeut er avgjørende, blant annet fordi erfaring og forskning viser at musikk også kan brukes destruktivt, for eksempel av pasienter med depresjoner eller med alvorlige rusproblemer (Aldridge & Fachner, 2010). Samtidig er musikk en allmenn kulturell ressurs som inngår i ulike hverdags- og miljøterapeutiske situasjoner.

Tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeid med pasienter og pårørende er derfor en avgjørende del av praksis. Musikkterapien er som regel én av flere komponenter og tilnærminger som til sammen kan gi positive ringvirkninger for den enkelte. Det er derfor nødvendig å tenke musikkterapi inn som en integrert del av tverrfaglig behandling. «Av og til kan det tilsynelatende bitte lille være nok til at helheten faller på plass. Andre ganger ser endring av strukturer og samfunn ut til å være nødvendig for at små fremskritt skal være mulig» (Sælør, 2016, s. 72). Det betyr at andre komponenter i en bedringsprosess for eksempel kan være psykoterapi eller fysisk trening, men også oppfølging av praktiske behov som for eksempel bolig og økonomi.

Recovery

Musikkterapeuter jobber ofte recovery-orientert, i en ressurs- og samfunnsorientert tilnærming, og musikkterapeutisk praksis støtter opp om brukerens egne bedringsprosesser.

Hva er så recovery? Begrepet «recovery» er på mange måter til dels tvetydig og kan bli forstått forskjellig i ulike sammenhenger. Begrepet kan knyttes til både individuelle og sosiale faktorer (Sælør, 2016). Recovery er slik sett ikke en spesifikk behandling, metode eller modell. Den definisjonen som det oftest blir henvisning til er W.A. Anthonys, her i oversettelse: «Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg» (Anthony, 1993, s. 527).

Recovery handler først og fremst om personens egen innsats og prosess. Men innsatsen og prosessen skjer ikke i et vakuum. Recovery-prosessen, eller bedringsprosessen som ofte blir brukt som et overlappende begrep, er ikke mulig uten at omgivelsene støtter den enkelte med å komme seg videre, og finne frem til måter å leve med ulike, og for mange, store utfordringer.

Nasjonalt kompetansenettverk

Kompetansenettverk for musikkterapi i rusfeltet ble etablert i 2010. Flere kompetansesentra for rusproblematikk deltar, sammen med Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon – og begge forskningsmiljøene innen musikkterapi i Norge (GAMUT ved UiB/Uni Research Helse og Senter for forskning i musikk og helse ved Norges musikkhøgskole). Den konkrete tjenestutviklingsarenaen, med kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, har også vært representert i nettverket. Nettverket legger til rette for:

- Utpøring og evaluering av musikkterapi i rusbehandling og rusforebyggende arbeid
- Praksisnær forskning og kunnskapsutvikling.

Siden 2014 har Helsedirektoratet gitt tilskudd til kurs og informasjonsarbeid om musikkterapi, rus og psykisk helse. Fra samme tidspunkt har aktører i kompetansenettverket også arbeidet med å utarbeide undersøkelser med brukererfaringer. I 2014 skrev Reidar Dale ved Kompetansesenter



INDIVIDUELT ELLER I GRUPPE: Musikkterapi kan bestå av å spille på instrumenter, skrive musikk, og/eller lytte til musikk. Noen brukere lager egne låter, mens andre trives best med å improvisere på instrumenter, eller dele låter og fortelle om hva og hvorfor musikk betyr noe for dem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



rus – region vest Bergen (KoRus-Vest Bergen) en rapport basert på intervjuer av pasienter innlagt ved Hjellesstad, Stiftelsen Bergensklinikkene. Disse pasientene hadde hatt tilbud om musikkterapi som en del av rusbehandlingen. I mars 2015 skrev Torhild Kielland ved Kompetansesenter rus – region øst (nå ansatt i Fagrådet, rusfeltets hovedorganisasjon) – en tilsvarende rapport basert på samtaler med brukere av Fredrikstad kommunes rustjeneste. Fredrikstad kommune var den første kommunen i Norge som systematisk prøvde ut musikkterapi som en del av sitt oppfølgingstilbud til personer med rusproblemer.

Intervjuene ble gjennomført etter at musikkterapi hadde vært prøvd ut i henholdsvis 4 måneder ved Hjellesstad og 14 måneder i Fredrikstad kommune. På Hjellesstad var det 25 pasienter som hadde benyttet seg av musikkterapi. 10 av disse var aktuelle informanter. I Fredrikstad var tilsvarende tall 17 og 9.

Disse rapportene springer ut av arbeidet i det nasjonale kompetansenettverket, og forteller om brukererfaringer, som vil fungere som grunnlag for videre arbeid og utvikling innen feltet. Vi skal her kort presentere resultatene fra de to undersøkelsene og reflektere over hvordan de står i forhold til eksisterende recovery-orientert teori og forskning, samt hvordan de kan informere framtidig forskning på feltet.

Brukererfaringer

Brukerne ble intervjuet ut fra totalt ni spørsmål. På fire av spørsmålene kunne informantene bruke en skala fra 1–10 for å gi et bilde av hvor fornøyd de var med musikkterapi. 1 var svært misfornøyd og 10 svært fornøyd. Informantene kunne gi tilleggsinformasjon på alle spørsmålene. På de resterende fem spørsmålene var det frie svar.

Brukerne var generelt svært fornøyd med musikkterapitilbudet, noe gjennomsnittskårer på 9,3 (Hjellesstad) og 9,0 (Fredrikstad kommune) forteller om.

Også spørsmål som hvor tilfredse brukerne var med musikkterapeutenes oppfølging, og hvor nyttig musikkterapi ble opplevd, ga svært høye skårer, henholdsvis 9,5 og 9,4 for Hjellesstad og 10,0 og 8,7 for Fredrikstad kommune.

På Hjellesstad ble noe lavere skår gitt for spørsmål knyttet til rammer som rom og utstyr, noe som trolig reflekterer at tilbudet var nytt og uferdig med tanke på slike rammer.

Flere brukere vektla musikkterapien som en del av deres arbeid med rusmestring, og ulike aspekt ved

dette. Mange la vekt på at musikkterapi har bidratt til bedre kontakt med egne følelser, og muligheten til å bearbeide disse. Flere av brukerne pekte på at musikkterapi også har virket inn på hvordan de tenker, dels at de kan «flytte tankene» i øyeblikket, dels at de får muligheter til revurdere tidligere valg og erfaringer. Videre vektla noen brukere at musikkterapi også handler om å styrke sin relasjon til musikk og at dette har gitt dem et nytt livsinnhold.

Mange av pasientene pekte på musikkterapi som en del av bedringsprosessen som lar seg forstå i lys av et recovery-perspektiv. På bakgrunn i systematiske literaturgjennomganger har Leamy et. al (2011) utviklet en modell som prøver å beskrive de sentrale delene i recovery gjennom fem prosesser:

- Tilknytning /sambørighet
- Håp og optimisme
- Identitet
- Mening med livet/retning
- Empowerment.²

Disse fem prosessene kan opptre samtidig.

Nedenfor gjengir vi en del sitater hentet fra rapportene – systematisert i de fem prosessene Leamy og medarbeidere beskriver, før vi skisserer brukererfaringene i en tabell.

Tilknytning – Samhörighet

Hjellesstad:

«Det er kjekt å jamme» (gjenfortelling).

«Musikkterapeutene er flink til å rose, er forståelsesfull og dømmer ikke» (gjenfortelling).

Fredrikstad:

«Tilbudet er midt i blinken. Jeg er veldig glad for at tilbudet ikke bare er for ungdomsgruppa... Vi voksne trenger det også.»

«Det å gjøre ting sammen er bra. Å bygge relasjon og ha gode opplevelser sammen kan være det viktigste for mange.»

«Jeg har egentlig slitt med sosial angst og sånn, men når det gjelder dette musikkgreiene så er det for meg balsam for sjelen.»

Håp og optimisme

Hjellesstad:

«Jeg gleder meg til hver tirsdag, for det er den beste dagen.»

«Jeg glemmer alt annet og flytter tankene mine.»

Fredrikstad:

«Jeg har opplevd mye vondt og tatt mange dumme valg, – og musikk for meg er mitt liv. Det

² Empowerment (myndiggjøring): Prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helse og til å forbedre egen helse – innebærer at en blir i stand til å definere egne problemer ut fra egen situasjon og finne sine egne løsninger i felleskap med andre.

å få være med i musikkterapi er noe jeg trenger. Jeg trenger å bare synge ut alt som lagrer seg inni meg.»

«Det som skjer er at ikke hele livet går i moll liksom, men det blir lite grann dur også. Det som skjer er liksom at jeg er moll når vi begynner, så går jeg hit og om det ikke er helt så er det i alle fall tett opp til dur liksom når jeg er ferdig. Det er begynnelsen på noe nytt. Det er faktisk på et plan at jeg ser lys her, er ikke helt mørkt liksom. Dette her har hjulpet meg med å komme i gang med gnist igjen. Jeg har hatt et helt vanvittig narkotikamisbruk... Jeg har lyst til at dette tilbudet skal fortsette.»

«Jeg har vært rusmisbruker noen år, sprøytenarkoman... etter at jeg sluttet så har jeg hatt mange tunge dager. Har alltid hatt en følelse av at jeg har mislyktes hele tida. Og så kom jeg hit og begynte med ... (musikkterapeuten) og jeg kjente at jeg mestret noe. Da fikk jeg den mestringsfølelsen som er ufattelig viktig i hverdagen.»

Identitet

Hjellestad:

«For å gjøre det lettere for seg selv, har hun begynt å velge vekk noe type musikk – type musikk som tidligere var assosiert med rus» (gjenfortelling).

Fredrikstad:

«Hva som synger i øret til et menneske er det ingen som vet. Musikk forbedrer alt som er av krutt.»

Mening med livet

Hjellestad:

«Jeg er rusfri nå, og musikkterapien har hjulpet meg.»

Fredrikstad:

«Jeg kom til ... (musikkterapeuten) på grunn av rus, men jeg sliter også psykisk... når jeg er ferdig med en time musikkterapi så er hodet mitt og rustrangen min letta, sola er der om sola ikke er der om du skjønner. Det er det som gjør at programmet her er bra og sterkt for meg. Når jeg kommer hit får jeg lettet på trykket av sorg og depresjoner. Det er jo det liksom som gir meg rustrangen om du skjønner. Musikkterapi gjør at ti kilo blir borte fra skuldrene mine.»

Empowerment

Hjellestad:

«Å kunne spille på instrument var helt utenkelig for noen måneder siden.»

«En pasient sier at hun er blitt mer bevisst på

hvilken musikk som trigger rusbruk – den blir valgt bort» (gjenfortelling).

Fredrikstad:

«Jeg har lært nye ting som jeg ikke trodde jeg skulle klare.»

Brukernes erfaringer er oppsummert i tabell 1. Tabellen er selvsagt ikke uttømmende, men gir en oversikt over informantenes tilbakemeldinger i forhold til bruk av musikkterapi, med utgangspunkt i et recovery-perspektiv.

Tilknytning - samhörighet	Håp og optimisme	Identitet	Mening med livet	Empowerment
Noe å gå til	Håp	Med å gjenoppbygge «hvem jeg er»	Gir en retning	Bevisstgjøring
Blir støtta og backa opp av musikkterapeutene	Gir motivasjon	Mindre stigmatisering gjennom musikken	Bedre livskvalitet	Mestring
Sosialt å spille i samspillgruppe	Lindrer angst	Ikke «rusmisbruker» men musiker, sanger eller komponist.	Kjekt å spille med andre	Får ro og mer kontroll
Begynt å spille i band igjen	Tenker positivt		Meningsfullt	Fokus på ressurser

TABELL 1: Brukererfaringer med musikkterapi, med utgangspunkt i et recovery-perspektiv.

Diskusjon og konklusjon

Det er sannsynlig at både de kvantitative resultatene og de frie svarene referert over reflekterer entusiasme knyttet til et nyetablert tiltak. Og at en ved evaluering av mer systematisk implementering av musikkterapi i tjenestene over tid, vil få fram nyanser og variasjoner. Det er selvsagt også slik at andre undersøkelser basert på forskjellige forskningsmetoder må til dersom en skal legge fram overbevisende dokumentasjon av effekter. Siktemålet med de rapportene vi har referert her, har vært et annet, nemlig å danne seg et bilde av brukererfaringer i norsk kontekst. Den eksisterende forskningsbaserte litteraturen på feltet bygger på erfaringer fra andre land.

Vi mener at brukernes positive erfaringer ikke bør overses. Mange av de temaene som kommer fram – slik som musikkterapiens betydning for følelsesbevissthet, regulering, håp og mestring – kommer også fram i kvalitativ forskning i psykisk helsevern (Solli, 2014; Trondalen, 2015). Kvanti-





tative studier av musikkterapi i psykisk helsevern peker også i samme retning, med en vektlegging av musikkterapiens effekter i forhold til motivasjon, følelsesbevissthet og sosial samhandling (Gold et al. 2013; Mössler et al., 2011).

De positive brukererfaringene som rapportene til Dale (2014) og Kielland (2015) reflekterer, indikerer derfor at musikkterapi har et stort potensial til å treffe behov og ønsker hos brukere av tverrfaglige spesialisert rusbehandling og kommunale rustjenester, også dersom en vektlegger ROP-lidelser. Dette gir grunnlag for mer systematisk tjenesteutvikling enn det vi har sett i Norge så langt.

De brukererfaringene vi her har rapportert, indikerer også et stort behov for mer kunnskap. Det er for eksempel behov for å gjennomføre Cochrane review av eksisterende effektforskning på musikkterapi og rusbehandling, slik det er gjort på psyko-sefeltet. Forskere ved Griegakademiets senter for musikkterapiforskning (GAMUT) arbeider for tiden med dette. Det er også behov for kvalitative studier som kan få fram nyanser i brukererfaringer. De to norske forskningssentrene i musikkterapi utfører og arbeider med å bygge opp denne type forskning. Her vil det også være relevant å utvikle tettere samarbeidsrelasjoner med de etablerte rusforskningsmiljøene i Norge.

De to evalueringsrapportene vi har presentert, indikerer at musikkterapi har en naturlig plass i arbeidet med psykisk helse og rus. Rapportene synliggjør behovet for å implementere anbefalingene som har kommet i nye retningslinjer. ■

Referanser:

Aldridge, D., & Fachner, J. (red.). (2010). *Music Therapy and Addiction*. London: Jessica Kingsley.

Anthony W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychological Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.

Borge, A.I.H. (2010). *Resiliens, Risiko og sunn utvikling*. 2utg. Oslo: Gyldendal forlag.

Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy* (3. edition). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Dale, R. (2014). Evaluering av «prosjekt musikkterapi» ved Stiftelsen Bergenslinikkene. Rapport. Bergen: Stiftelsen Bergenslinikkene KoRus vest Bergen.

Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Haldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., Aaro, L. E., Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J. & Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), s. 319–331. DOI: 10.1159/000348452.

Helsedirektoratet (2011). *Kvalitet og kompetanse... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. Rapport IS 1914. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonale faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. IS-2211. Oslo: Helsedirektoratet.

Kielland, T. (2015). *Musikkterapi i kommunalt rusarbeid*. Rapport. Lillehammer: Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern, Kompetansesenter rus – region øst.

Kielland, T., Stige, B. & Trondalen, G. (2013). *Musikkterapi i rusfeltet*. Rusfag, 1-2013, s. 43–51.

Kristiansen, D. Løset (in press). Å dele av seg selv. Om sangdeling som musikkterapeutisk metode i arbeid med rusmiddelavhengighet. I K. Stensæth, V. Krüger & S. Fuglestad (red.), *I transitte – mellom til og fra. Om musikk og deltakelse i barnevern*. (Vol. 9). Skriftserie fra Senter for musikk og helse (213-232). NMH-publikasjoner 2016:3. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Krüger, V. & Stige, B. (2014). Between rights and realities – Music as a structuring resource in the context of child welfare aftercare. A qualitative study. *Nordic Journal of Music Therapy*. DOI: 10.1080/08098131.2014.890242.

Leamy, M., Bird, V., Le Bouthillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* Nov 2011, 199 (6) 445-452; DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733

Mössler, K.; Chen, X; Haldal, T.O. & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2011, Issue 12. Art. No.: CD004025, 2011.

Overå, M. (2013). *Hekta på musikk*. NMH-publikasjoner 2013:11. Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole

Ross, S.; Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J. et al. (2008). Music therapy: A novel motivational approach for dually diagnosed patients. *Journal of Addictive Diseases*, 27(1), s. 41–53.

Salimpoor, V.N.; Benovoy, M., Larcher, K., Dagher, A. & Zatorre, R. J. (2011). Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, 14, s. 257–262. DOI: doi:10.1038/nn.2726

Silverman, M. J. (2015). *Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery*. New York: Oxford University Press.

Solli, H.P. (2014). *The groove of recovery. A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy*. Upublisert doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen (ISBN 978-82-308-2795-6) UiB

Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Stige, B. & Aarø, L.E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. New York: Routledge.

Sælør, K.T. (2016). *Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet. Avhandling for graden filosofiae doctor (ph.d.)*. Universitetet i Bergen.

Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: And Intersubjective Perspective*. Dallas, TX: Barcelona Publishers.

Trondalen, G. (2015). *Expressive and receptive music therapy in eating disorder treatment*. I: A. Heiderscheit (red.), *Creative Arts Therapies and Clients with Eating Disorders*. Chapter 5. London: Jessica Kingsley Publishers.

Tuastad, L. (in press). «Til alle som har falt ... en gang». Erfaringar frå rusføbyggjande konsertføredrag for konfirmantungdomar. I K. Stensæth, V. Krüger & S. Fuglestad (red.), *I transitte – mellom til og fra. Om musikk og deltakelse i barnevern*. (Vol. 9). Skriftserie fra Senter for musikk og helse (193-212). NMH-publikasjoner 2016:3. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Tuastad, L. & Stige, B. (2015). The revenge of Me and THE BAND'tits: A narrative inquiry of identity constructions in a rock band of ex-inmates. *Nordic Journal of Music Therapy*. DOI: 10.1080/08098131.2014.967713

Van Dort, C. (2015). *Music based mindfulness: group sessions with adults who have substance addictions*. I: D. Grocke & C. Moe (red.), *Guided Imagery & Music (GIM) and Music Imagery Methods for Individual and Group Therapy* (pp. 221-230). London: Jessica Kingsley Publishers.





Narrative Nursing – building new knowledge

The Nordic Conference of Mental Health Nursing, 14 – 16 September 2016, Malmö, Sweden

Preliminary Program, Nordic Conference of Mental Health Nursing:

Wednesday September 14

08.00–17.00 Registration
09.00–09.55 Opening ceremony
10.00 – 10.45 Keynote Lena Wiklund Gustin «Self-compassion and narrative identity»
10.45 – 11.15 Coffeek and poster exhibition (FIKA)
11.15 – 12.15
Concurrent sessions
Magnus Englander (Sweden) Empathy and selfhood
Lisbeth Drejer Dybro (Denmark) Telling work-stories & learning & nursing
Jörgen Öjervall (Sweden) Drama in clinical supervision
Workshop
Lene Lauge Berring & Jesper Bak (Denmark) Safewards-making psychiatric wards more peaceful
12.15 – 13.15 Lunchbreak and poster exhibition
13.15 – 14.00 Keynote Phil Barker «Once upon a time»
14.05 – 14.45
Concurrent sessions
Jean-Manuel Morvillers & Nicola Thiercelin (France) Psychiatric Nurse and Nursing Auxiliary Therapeutic Alliance
Jenny Molin (Sweden) From vision to resignation staffs perspectives on everyday life in psychiatric inpatient care.
Concurrent sessions
Unn Hammervold (Norway) Staff experiences with post incident review after use of physical restraint in a psychiatric ward
Jacob Hvidhjelm (Denmark) Aggression on psychiatric wards – effect of use of structured risk assessment
14.45– 15.10 Coffeek and poster exhibition (FIKA)
15.10 – 15.50 Keynote Jana Mortensen
15.55 – 16.40
Concurrent sessions
Hege Skundberg-Kletthagen & Øyfrid Larsen Moen (Norway) Mental Health work in school health services and Public health Nurses' involvements and attitudes.
Kari Kirkbakk Fjaer (Norway) Ability and will to reflect on- and exercise knowledge – Preceptors' expectations of nursing students' preparation to practice in mental health care.
Workshop
Berger & Skretting (Norway)
Recovery peers
16.45 – 17.30 Keynote Rita Kristin Klausen

«Chekov is absolutely amazing. Narrative as practice in mental health care»
17.45 – 18.45 Get together mingle!

Thursday September 15

08.00 – 17.00 Registration
09.00 - 09.45 Keynote Gisli Kort Kristofersson «Narrative therapy and mindfulness; the why and the how of it»
09.45 – 10.45
Concurrent sessions
Maria Åling (Sweden) The implementation of nursing diagnosis in forensic psychiatric setting
Sebastian Gabrielsson (Sweden) Good nursing practice as personal responsibility in person-centered psychiatric inpatient care
Johanna Bernhardsdottir (Iceland) Implementing behavioral activation schedules on psychiatric wards; experience from nurses and nursing staff.
Workshop
Astrid Berge Norheim (Norway) Attitudes toward suicidal behavior among professionals at mental health outpatients clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway
10.45 – 11.15 Coffeek and poster exhibition (FIKA)
11.15 – 12.15
Workshop
Maria Åling, Daniel Kasel & Cindy Peternej-Taylor (Sweden, Germany, Canada) What is your story? The experiences of patients and nurses in secure forensic environment.
Movie time
Ida's diary (Norway)
12.15 – 13.30 Lunchbreak and poster exhibition
13.30 - 14.10
Concurrent sessions
Hanna Tuvevsson (Sweden) The importance of general and moral stress for the ward atmosphere among nursing staff in psychiatric in-patient care
Ann-Christine Janlöv (Sweden) Challenges narrated during peer supervision by mental health professional and social workers recently trained as Case Managers
Concurrent sessions
Follow-up and reflections on Ida's diary
Maria Bendtsen Kronkvist (Sweden)
Attitudes and knowledge about recovery from mental health professionals.
14.15 – 15.00 Keynote Lene Lauge Berring «What mental health workers and service users talk about, when they talk about violence management – experien-

ces from a co-operative inquiry research project about de-escalation»
15.00 - 15.30 Coffee break (FIKA) and poster exhibition
15.30 - 16.30 Keynote Jari Kylmä «Hope and mental health nursing»
19.00 Conference Dinner

Friday September 16

09.00 – 10.00 Registration
09.00 – 10.00
Concurrent sessions
Henrika Jormfeldt & Malin Hallén (Sweden) Experiences of housing support for persons with schizophrenia and the role of the media.
Marjut Blomqvist (Sweden) How facilitate healthy living described by persons with persistent psychotic disorders in psychiatric out-patient settings- challenging health care professionals.
Patrik Dahlqvist Jönsson & Lisa Hansson (Sweden) Experiences of health care and support among multicare-users with drug addiction
Concurrent sessions
Øyfrid Larsen Moen & Marie Louise Hall-Lord (Norway) Family sense of coherence, parents' perceived psychological distress and well-being – in families with a child having ADHD.
Eva Lindgren (Sweden) Young adults' experiences of psychiatric care during transition to adulthood.
Pernilla Garmy (Sweden) A qualitative study exploring adolescents' experiences with a school-based mental health program
10.00 - 10.45 Coffee break (FIKA) and poster exhibition
10.45 – 11.25
Concurrent sessions
Jenny Molin (Sweden) Quality of interactions influences everyday life in psychiatric in-patient care – patients' perspectives.
Joachim Eckerström (Sweden) Brief admission - a crisis intervention for patients with emotional instability.
Concurrent sessions
Siiri Hedlund & Kajsa Landgren (Sweden) Acupuncture in anorexia nervosa, patients experiences
Per Granvik (Sweden) The self-perceived experience as a source of knowledge
11.30 – 12.15 Keynote Phil Barker «Narrative Nursing end summary»
12.20 - 12.45 Closing ceremony

Les mer: <http://narrativenursing.se/home/program.html>

Uenighet – konflikt eller kompetanse?

Må uenighet på arbeidsplassen være grobunn for konflikt? Kan uenighet like gjerne ses på som kompetanse og være en mulighet for utvikling, vekst og nye løsninger?

Hvorfor holdes uenigheten internt og innenfor låste dører? Det er fristende å spørre, som Sigvart Dagsland synger; – Ka e du redd for? Er det redsel som hindrer ledere og vanlig ansatte innen psykisk helsefeltet å diskutere uenighet offentlig?

Moderne munnskurv

Hva vil skje hvis alle går i flokk og tror på alt som blir sagt, og der konsensusfellesskap blir det riktige? Hvordan vil det gå hvis kritiske spørsmål blir stanset, avfeid og ikke undersøkt eller reflektert over? Er det en god arbeidsplass, hvis uenigheten undertrykkes og den bare må boble under trykk? Svaret på dette retoriske spørsmålet er selvsagt «nei» og ikke bare er taushetskulturen med på å konservere systemer som ikke fungerer hensiktsmessig og godt, det kan også føre til farlige, krenkende og livstruende situasjoner for pasienter.

Taushetsregimene fungerer som en moderne munnskurv. Når ledere skal ha uttalt til ansatte og til enkelte fra brukerorganisasjonene at kritiske medieoppslag kan føre til at det blir vanskelig å rekruttere og at det kan gjøre at folk vil vegre seg for å oppsøke helsetjenestene, er det noe som skurrer.

Media i låste rom

Media er viktig for å belyse både godt og galt innen helsetjenesten, og for å la allmennheten ta del i debatten. Hvis det ikke var for media og en undersøkende journalist i Stavanger Aftenblad, ville neppe den omfattende bruken av tvangsmidler ved Helse Stavanger blitt kjent for allmennheten. Medias søkelys kan ha bidratt til at det nå arbeides iherdig for å redusere tvangsmiddelbruken ved sykehuset.

En annen sak hvor vi kan finne likhetstrekk, er i saken om «glassjenta». En ung jente tok kontakt med Stavanger Aftenblad og fortalte fortvilet om behandlingen hun fikk i barnevernet. Det kommer mange tips om barnevernssaker til nyhetsdeskene og ofte legges de til side, men akkurat i denne saken begynte journalistene å grave. Resultatet ble tidenes mest omfattende norske avisreportasje.

Vi trenger media og de gravende journalistene som tør stille spørsmålene som kan bidra til å forbedre tjenestene. Vi trenger at de løfter frem og gir spalteplass til andres stemmer enn sykehusledelses «First House-striglede» budskap. Så kan helseforetakene like det eller ikke, men media er viktig for å skru på lyset i de låste og mørke rommene.

Burde varslet!

I Stavanger Aftenblads reportasje om glassjenta kom det frem at det ved flere behandlingssteder, og mellom ansatte, var tanker om at behandlingen gikk ut over pasientsikkerheten. I Stavanger Aftenblad 27. februar uttalte avdelingsleder Lars Conrad Moe ved Barne- og Ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Helse Vest: «I ettertid er det berettiget å spørre om vi burde ha meldt fra om denne saken til tilsynsmyndighetene allerede mens «Ida» var i Stavanger i noen måneder sommeren 2014. Videre sa han: «Av og til er vi kanskje mer opptatt av samarbeidspartnerne våre enn av individet. Og det blir ikke bedre samarbeid av å melde samarbeidspartnerne til tilsynsmyndighetene».

Han har helt rett i at samarbeidsklimaet ikke nødvendigvis blir bedre når man varsler. Men som ansatt plikter man å varsle tilsynsmyndighetene om forhold som kan gå ut over pasientsikkerheten, og det er tilsynsmyndighetens oppgaver å undersøke dette.

Den livsviktige åpenheten

Ytringsfrihet er livsviktig, også i psykiatrien. «Hvis det er et sted det er behov for varslere og økt innsyn, så er

Av **Målfrid J. Frahm Jensen** (venstre), mottaker av Tabuprisen 2015 og Ytringsfrihetsprisen 2015. Erfaringskonsulent i Helse Stavanger 2009–2015. **Victoria Ibbao Edwards** (høyre), skribent og styremedlem i Stiftelsen til fremme av ytringsfriheten i psykisk helsevern.



det i psykiatrien», skrev redaktør Lars Helle i lederen i Stavanger Aftenblad 5. mai 2015.

Det er sjelden vi ser sykepleiere, vernepleiere eller ansatte i NAV eller barnevern uttale seg i mediene. Ansatte i helse- og omsorgstjenestene har sterke, og ofte brukernære, stemmer som virksomhetenes medie- og kommunikasjonsstrategi ikke bør kneble. I praksis er det allikevel dette som skjer. Det allmenheten får høre om, er gjerne et glanset budskap ledelsen og kommunikasjonsavdelingen har laget i fellesskap.

For nåde den ansatte som trosser kommunikasjonslinja og som åpent går ut og forteller om kritikkverdige forhold! Da risikerer man ikke bare at ledere i helseforetaket finner frem «big guns», men også at kolleger på gulvet vender en ryggen. Taushetskulturen er et strukturproblem som forgrener seg nedover i organisasjonen.

Slik gjør vi det hos oss

For du kjenner vel konsensuskulturens lille mantra, det livsfarlige «det er slik vi gjør det her hos oss», som sniker seg inn i en helsearbeiders hode fortere enn hen egentlig vil innrømme det selv?

Uenighet, ytringsfrihet og pasientsikkerhet

Optimalt sett burde sykehusledere legge til rette for systemer som oppfordrer til diskusjon og uenighet. Da, og først da, er det reelle muligheter til å forbedre strukturer og tjenester. Historiene til pasienter, pårørende og ansatte på gulvet må lyttes til, de må bli trodd og det de sier må få betydning for hvordan tjenestene skal utformes. Transparente systemer og åpenhet er en forutsetning for ytringsfrihet og pasientsikkerhet. ■

Saken har tidligere stått på trykk i Stavanger Aftenblad.



Hva bør utdanningen inneholde?

En tverrfaglig masterutdanning innen psykisk helse og rus må inneholde et fordypningsstudie i sykepleie for at studenten skal få tittelen spesialsykepleier. Nå trenger SPoR ditt innspill om hva et slikt studie bør inneholde.

Tekst **Åshild Fause**, leder SPOR Troms, **Kurt Lyngved**, leder landsgruppa

Norsk Sykepleierforbund vedtok på sitt landsmøte i 2015 at tverrfaglige masterutdanninger må ha minimum 30 studiepoeng fordypning i sykepleie for at sykepleieren kan få tittelen spesialsykepleier. På bakgrunn av dette vedtaket søkte SPoR Troms og Landsstyret i SPoR om fagutviklingsmidler for å utarbeide ei skisse over innholdet for et framtidig 30 studiepo-

engsemne i sykepleie, i master innen psykisk helse og rus. SPoR har fått tildelt 100 000 kroner. Vi er av den oppfatning at dette er noe sykepleiere i psykisk helse og rus bør engasjere seg i. Og for å lykkes med prosjektet, trenger vi bidrag og innspill fra medlemmer av SPoR.

Historisk bakgrunn

I nesten 50 år utdannet en her i lan-

det spesialsykepleiere i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid før fordypinga i sykepleie falt bort til fordel for tverrfaglig videreutdanning. I 1954 åpnet to spesialskoler i psykiatrisk sykepleie i Oslo, Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie på Bygdøy og Spesialskolen i psykiatrisk sykepleie ved Dikemark sykehus. Målet med spesialutdanning i psykiatrisk syke-



pleie var både en sykepleiefaglig spesialisering og utdanning til lederskap (Lysnes, 1982). I de første tiårene fikk en erfaringsbasert kunnskapsutvikling en sentral plass i undervisninga i spesialskolene. Det teoretiske fundamentet var nært knyttet til praksis ved at lærerne systematiserte egne praksiserfaringer i mangel på lærebøker. I tillegg underviste psykiatere, leger og psykologer som alle var ansatt ved de psykiatriske sykehusene. Kunnskaper om psykiatriske sykdommer og hvordan avhjelpe pasientens lidelser og plager, var hovedtema. Praksisstudiene som utgjorde halvparten av utdanningstida, var lagt til de store psykiatriske sykehusene (Vråle, Karlsson, & Hummelvoll, 2010). Det ble lagt stor vekt på å skape en identitet som psykiatrisk sykepleier (Vråle, 2008). Sykepleiere fra hele landet reiste til Oslo for å ta spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie.

Utover 1980-tallet økte andelen teoriundervisning i videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie, som utdanningene nå het (Fagerland, 1997). Psykologien rettet oppmerksomheten mot utviklingspsykologi og egofunksjoner, sosiologien på roller, normer, makt/avmakt og tvang, pedagogikken på læring, veiledning og undervisning. Den konkrete og praktisk retta handlingskunnskapen knyttet til pleie av pasientens plager og problemer, fikk ifølge sykepleier og førstelektor Tone Fagerland en underordnet plass i den teoretiske undervisningen, mens interaksjon mellom sykepleier og pasient som det nå ble kalt, fikk raskt økende vekt og innflytelse (Fagerland, 1997). Inger Aanderaa, mangeårige lærer ved videreutdanningen ved Dikemark, hevder at sykepleierne glemte at pasientene hadde en kropp til fordel for en fascinasjon for pasientenes følelser og psykologiske traumer (Vråle et al., 2010). Å observere bivirkninger av medikamenter, symptomer på somatisk syk-

dom eller psykisk funksjonshemning kunne lett bli oversett etter hvert som den kroppsnære pleien syntes underkommunisert.

Samtidig som den grunnleggende og generelle sykepleien ble nedtonet i utdanning og klinisk virksomhet, ansatte psykiatriske sykehus personell med ulik helsefaglig, sosialfaglig eller pedagogisk bakgrunn under tittelen miljøterapeut. Miljøterapi skulle danne basis for det kunnskapsgrunnlaget virksomheten hvilte på, også for sykepleiere. Forfatter av flere lærebøker, professor Jan Kåre Hummelvoll, understrekte dette (Holte & Hummelvoll, 2004). Å vektlegge grunnleggende sykepleie som innebar å tilrettelegge for søvn, hvile, mat, stell og aktivitet m.m. ble etter hvert

«Vi ønsker innspill fra dere.»

nedtonet til fordel for sosialfaglig og pedagogisk kunnskap (Fause 2014). Samtidig hevdet en studie av psykiatritjenesten i noen utvalgte kommuner at psykiatriske sykepleiere representerte et nødvendig, men ikke lenger tilstrekkelig faglig perspektiv i feltet (Ramsdal, 2004). Tilbud skulle heretter også omfatte integrering og normalisering, forebyggende og helsefremmende arbeid og ikke bare dreie seg om å avhjelpe sykdom og plager. Den psykiatriske sykepleierkompetansen skulle ikke lenger være enerådende.

I 1998 ble videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie lagt ned og erstattet av tverrfaglige videreutdanninger i psykisk helsearbeid. Bakgrunnen var å bygge ned profesjonskonflikter og bedre det tverrfaglige samarbeidet. Den nye rammeplanen vektla helsefremmende og forebyggende arbeid og tonet ned basiskunnskaper om psykiske sykdommer og behandlingsformer. Utdanningen skulle utvikle

studentenes relasjonskompetanse og brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid, mestring og samarbeidet mellom bruker og profesjonelle hjelpere ble nå sentrale stikkord (Kunnskapsdepartementet, 2005). Psykisk helsearbeid var betegnelsen på tjenester og tiltak rettet mot forebygging, behandling og/eller rehabilitering av psykiske problemer eller lidelser. Tjenestene skulle ikke lenger knyttes til den medisinske spesialiteten psykiatri, men omfatte ulike kunnskaps- og vitenskapssyn. Kun et fåtall av utdanningene har tilbudt egen fordypning i psykiatrisk sykepleie. Teorigrunnlaget skulle nå utvikles i en tverrfaglig kontekst.

At kunnskap om kroppen har vært nedprioritert i feltet, ble understreket av sykepleier og førstelektor Rune Karlssens studie av psykiatriske sykepleieres profesjonelle kompetanse (Karlsson, 2009). Erfarne sykepleiere hevdet de har særlige forutsetninger for å se sammenhenger mellom kropp og psyke og at dette har vært en vesentlig del av deres kunnskapsgrunnlag. De oppfattet seg som handlingsorienterte og hadde erfart at deres praktiske tilnærminger gjorde dem godt rustet til å etablere gode relasjoner med pasientene. Samtidig har de over flere år erfart at andre yrkesgrupper har kritisert dem for å være for omsorgsgivende overfor pasienter og brukere i det tverrfaglige kollegiet.

Utfordringer i dagens psykisk helse- og ruspraksis og –utdanning

Med opprettelsen av mastergrader i psykisk helse er praksisutøvelsen nedtonet til fordel for forståelsesaspektet, relasjon, nettverk og det tverrfaglige samarbeidet. Det er ikke alle masterutdanninger som tilbyr klinisk praksis i psykiske helse- og rustjeneste, men forebyggende virksomhet som for eksempel i skole og barnehager.

Sykepleiekunnskapen, dvs. kunnskapen om og ferdigheten i psykisk helsearbeid, er utydelig. Det bekref-



INNHOOLD: Hva bør fordypningsstudiet inneholde? Kom med forslag. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

tes i Bengt Karlssons studie om «Sykepleien i kommunalt psykisk helse og rusarbeid» (Bengt Karlson & Kim, 2015). Mange sykepleiere, også de med videreutdanninger i psykisk helse, påpeker at den sykepleiefaglige kunnskapen de har, er ervervet i grunnutdanningen. Denne kunnskapen hevder de at de er alene om å inneha i det tverrfaglige teamet. De har problemer med å sette ord på hva den spesifikke kunnskapen er, samti-

dig som de erfarer at den ligger implisitt i egen forståelse av pasienten og hans/hennes behov og i den kliniske utøvelsen. Sykepleiere opplever å ha et annet blikk, noe de omtaler som det sykepleiefaglige blikket (Bengt Karlson & Kim, 2015). Ut fra Karlsons studie kan det synes som om sykepleiere ikke får videreutviklet sin sykepleiefaglige kunnskap og kompetanse i de tverrfaglige videreutdanningene/ masterutdanningene. Det er ikke til-

strekkelig slik vi ser det, at fordypinga i sykepleie er knyttet hovedsakelig til klinisk utøvelse og til gjennomføring av masteroppgaven.

At sykepleierne opplever å ha en uklar fagidentitet gir seg utslag i den kliniske utøvelse idet en stor andel av pasienter og brukere har langvarige og omfattende rus- og psykiskhelseplager. Mange har dårlig somatisk status, kortere levetid, hjerte- og kar lidelser, astma, diabetes og mange rusmisbru-



kere har sår, abscesser og hudsykdommer relatert til misbruket (L Lien, G Huus, & Morken, 2015). I mange kommuner tilbys ikke disse brukerne oppfølging fra den kommunale tjenesten, men «settes ut på anbud» hos private aktører.

I dag tilbys det masterutdanninger i psykisk helse, i psykisk helsearbeid, i rusarbeid m.m. Noe av utfordringene er derfor at helsemyndighetene ikke stiller krav til hva innholdet i slike masterutdanninger skal være. Det finnes ikke lenger rammeplaner for disse videreutdanningene/masterutdanningene slik det var tidligere. Følgen av dette er at det heller ikke stilles krav til hvem som kan ansettes i de spesifikke utdanningene. Mange av dem som er ansatt ved videreutdanningene i psykisk helsearbeid/masterstudiene i psykisk helse har ikke utdanning som sykepleiere/helsearbeidere og dermed heller ikke erfaring som sykepleiere i feltet. Ved de tidligere videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie var alle lærerne spesialsykepleiere. I dag ansetter en like gjerne (eller kanskje heller) sosiologer, antropologer, psykologer uten klinisk erfaring, noe som gjenspeiler seg i faginnholdet i utdanningene.

Sykepleiere med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid med fordypning i sykepleie og mange års erfaring fra klinisk sykepleieutøvelse, gis i dag ikke innpass i de nye masterprogrammene. Dette er svært beklagelig da mange spesialsykepleiere innehar sentrale posisjoner i både kommune- og spesialisthelsetjeneste, og har gjort det i flere år. Med en avkortet mastergrad vil denne store gruppen av spesialsykepleiere kunne bidra til ytterligere ledelse, fagutvikling- og forskning i feltet.

Organisering av prosjektet

Hovedmålet for prosjektet er å utvikle et fordypningsemne i sykepleie, tilsvarende minimum 30 studiepoeng, som en del av en masterutdanning i

psykisk helse og rus. Prosjektet vil ha søkt midler til, er tredelt. Vi ønsker for det første å beskrive og systematisere kunnskapsgrunnlaget i sykepleie i psykisk helse og rusfeltet. Her vil vi løfte fram og tydeliggjøre sykepleie-

«Sykepleiekunnskapen er utydelig.»

kunnskap som en nødvendig kompetanse innenfor psykisk helsearbeid. Vi vil videre drøfte utfordringene i det tverrfaglige arbeidet, og hvordan dette også rammer brukere og pasienter. Her må vi også rette blikket mot egen profesjon og hvilke veivalg vi har stått ovenfor de siste tiårene. I arbeidet med å kartlegge og systematisere sykepleiens kunnskapsgrunnlag vil vi innhente tidligere rammeplaner og fagplaner innen videreutdanninger for spesialsykepleiere og psykisk helsearbeid og se nærmere på de spesifikke kravene. Vi vil dernest skaffe oss oversikt over masterstilbud ved ulike universitet og høyskoler i Norge. I arbeidet vil vi også kaste et blikk på tilsvarende videreutdanninger og mastergradsprogram i Norden. En vesentlig jobb i arbeidet vil være å beskrive utfordringene innen psykisk helse- og rusfeltet framover, og hvilken betydning dette har for utdanningene. Her vil bl.a. rapporten fra NSF/Bengt Karlsson knyttet til praksis for sykepleiere i kommunene være et nyttig bidrag (Bengt Karlsson & Kim, 2015).

Dernest ønsker vi å lage ei skisse til et faginnhold i sykepleie tilsvarende 30 studiepoeng. Fordypningsemnet vil danne grunnlag for anbefalinger til Norsk Sykepleierforbund og etter hvert relevante høyskoler og universitetsmiljø som tilbyr masterutdanning i psykisk helse og rus.

Sist, men ikke minst vil vi utrede

muligheten for at sykepleiere med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eller i psykisk helsearbeid med fordypning i sykepleie kan gis innpass i de nye masterprogrammene; det vil si at de kan tilbys avkortet mastergrad på bakgrunn av individuelle søknader.

Arbeidet skal gjennomføres av medlemmer av styret i SPoR Troms og leder/medlemmer av landsstyret i SPoR. I tillegg vil vi invitere inn en representant for brukere og en student ved masterstudiet i psykisk helsearbeid. Men dette arbeidet kan ikke SPOR Troms og Landsstyret i SPOR gjøre alene. For å lykkes trenger vi sykepleiere og medlemmer av SPORs bidrag. Vi ønsker med andre ord innspill fra dere om hvilke forhold som er sentrale i sykepleieres virksomhet innenfor psykiske helse og rustjenesten. ■

Referanser:

- Fagerland, T. (1997). Parasitt eller selvstendig fag?: tre essay om kunnskap og psykiatrisk sykepleie. Bergen: [T. Fagerland].
- Fause, Å. (2013). Framveksten av psykiske helsetjenester i Nord med et blikk på sykepleiens utvikling og bidrag i Nordisk tidsskrift for helseforskning, Volum 9 (1). ISSN 1504-3614. s.105-123
- Holte, J., & Hummelvoll, J. (2004). Den spesialiserte generalisten: Den psykiatriske helsearbeiders kjernekompetanse og faglige selvforståelse innen kommunal pleie- og omsorgstjeneste: Elverum: Høgskolen i Hedmark. (Notat).
- Karlsson, B & S H Kim (2015). Sykepleie i kommunalt psykisk helse og rusarbeid En studie om sykepleierens rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.
- Karlson, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. Sykepleien Forskning, 4(3), 198-204.
- Forskrift til rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid (2005).
- L Lien, G Huus, & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. Tidsskrift for Den norske legeforening, NR 3. doi: 10.4045/tidsskr.14.0831
- Lysnes, M. (1982). Behandlerne – vokterne?: psykiatrisk sykepleies historie i Norge. Oslo: Universitetsforlaget
- Ramsdal, H. (2004). Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet - en organisasjonsteoretisk perspektiv. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 1(2), 4-17.
- Vråle, G. B. (2008). Videreutdanning i psykisk helsearbeid – et blikk tilbake, på nåsituasjonen og noen betraktninger om framtid. VI BÆRER PSYKISK HELSEARBEID VIDERE.
- Vråle, G. B., Karlsson, B., & Hummelvoll, J. K. (2010). Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid: selvforståelse, praksis og forskning.

Stipendet går til Ragnhild Riis

Marie Lysnes stipend ble i år tildelt Ragnhild Riis. Riis skal bruke prosjektmidlene til å undersøke sykepleie til mennesker med psykiske lidelser. Herunder, hvilke kunnskaper og hvilken kompetanse som vektlegges i sykepleierutdanningen.

Tekst og foto: Kjersti Øvernes, styremedlem i SPoR

Utdrag fra prosjektbeskrivelsen: «Det er 16 universiteter og høyskoler som tilbyr sykepleierutdanning i Norge (Utdanning.no 2016). Det tilbys studieløp over tre og fire år. Mange av de fusjonerte utdanningsinstitusjonene har sykepleierutdanninger på flere campus, utdanninger med ulike fagplaner og fagansatte. Disse sykepleierutdanningene er feltet for forskningsprosjektet mitt.»

Som tidligere nevnt er det naturlig å anta at psykiatrisk sykepleie har vært en sterk premissleverandør for undervisningen i sykepleie til mennesker

med psykiske lidelser i sykepleierutdanningen. Det er forsket på og skrevet om hva overgangen fra en monofaglig videreutdanning i psykiatrisk sykepleie til en tverrfaglig utdanning i psykisk helsearbeid har betydd for feltet (Vråle, G. B., Karlsson, B. & Hummelvold, J. K., 2009, Ludvigsen, K. & Helgesen, M. K., 2004, Vråle, G. B., 2008.). Jeg har imidlertid ikke kunnet finne forskning på eventuelle endringer i kunnskapstilfang eller undervisningsmetoder i grunnutdanningen i sykepleie. Vi mangler altså kunnskap om hvilke profesjoner, fag- og forskningsområder som er leverandører

av teorier, kunnskap og begreper inn i sykepleierutdanningen i dag.

Med dette som bakteppe ønsker jeg å undersøke følgende problemstilling: Sykepleie til mennesker med psykiske lidelser. Hvilke kunnskaper og hvilken kompetanse vektlegges i sykepleierutdanningen?»

Dette er et interessant prosjekt som har høy aktualitet i dag. Det er også et godt innspill i det fokuset som er på utdanningen for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Vi gratulerer så mye og ønsker Ragnhild lykke til med arbeidet! ■

MARIE LYSNES (1906–2004)

Marie Lysnes ble født i Tromsø, der hun også tok sin grunnutdanning. Hun jobbet som distriktsykepleier i en befolkning hun elsket og beundret i kystområdene i Nord-Norge. Før krigen startet i 1940 reiste hun til Oslo for å begynne på Norsk Sykepleierforbunds fortsettelsesskole – den gang eneste videreutdanning for sykepleiere. Ved krigsutbruddet ble denne utdanningen kansellert. Hun måtte også på denne tiden flykte til Sverige og ble der resten av krigstiden. Ved frigjøringen deltok hun som sykepleier i Finnmark og var i de første troppene som kom til Norge. 17. mai 1945 feiret hun i Alta.

Etter krigen fikk hun en omfattende klinisk praksis både fra somatiske avdelinger og etter hvert som oversykepleier ved flere psykiatriske sykehus. Statens Spesialscole i psykiatrisk sykepleie ble opprettet ved Gaustad sykehus i 1954. Dette var en hospitalskole. Marie Lysnes var med å få flyttet skolen som selvstendig skole til Statens Utdanningscenter for helsepersonell. Denne skolen var den eneste i sitt slag i Europa fram

til 1976. Marie Lysnes var den drivende kraft i å utvikle denne skolen rent faglig. Da hun gikk av med pensjon i 1974, reiste hun til Island og opprettet den første spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie.

Marie Lysnes har mottatt en rekke utmerkelser:

- Deltakermedaljen fra krigen i 1940–1945
- Kongens fortjenestemedalje i gull 1975
- Florence Nightingalemedaljen 1977
- Honor Society in Nursing, Sigma Theta Tau International

Æresmedlem i:

- Norsk Sykepleierforbund
- Islands Sykepleierforbund (Hjúkrunarfelag Island)
- Landsgruppe av undervisende sykepleiere
- SPoR





Er du interessert i fag- og nyttestoff?

Lik oss på Facebook!

Ved å like Sykepleien på Facebook holder du deg oppdatert på en enkel måte. Vi legger løpende ut saker skrevet for sykepleiere. Her kan du også se hva andre mener, kommentere, dele og like.

Sykepleien Forskning

Da er det lurt å like Sykepleien Forskning på Facebook. Fra og med nå publiserer vi stoffet digitalt. Vi har styrket redaksjonen med en journalist til, så godt stoff skal det satses på videre! Følg med ved å like oss på Facebook.

facebook.com/Sykepleien

facebook.com/SykepleienForskning

Sykepleien

