



Psykisk helse og rus

NR. 1-2015 • ÅRGANG 26

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS



Karate styrker selvfølelsen

SPoR 2014 – 2016

Fylkesledere

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



Landsstyret 2014 – 2016

Oppdatert 17.08.2014

Navn	Tlf	Epost	Styrefunksjon	Fylkeskontakter - forslag
Kurt Lyngved	90553178	kurt.lyngved@gmail.com	Leder	Mental Helse, www.Erfaringskompetanse.no NAPHA
Espen Gade Rolland	40842941	espengade@yahoo.no espro@vestreviken.no	Nestleder Nyhetsbrev Websidene	Hedmark, Østfold, Akershus, Vestfold
Siw Elisabeth Helden	97033751	siweli@me.com	Websidene Medhjelper Fagbladet	Rogaland, Hordaland, Sogn og fjordane, Nordland
Bjarte Sælevik, Kuhagen 21, 4330 Aalgard	45452648	bjarte.saelevik@lyse.net	Kasserer	Vest- og Aust Agder, Telemark
Kjersti Øvernes	40457969	Kjersti.Overnes@tromso.kommune.no	Ansvarlig for Fagbladet	Troms, Finnmark, Svalbard
Torfrid Johansen	32824436	torfrid.johansen@vestreviken.no torfrid.johansen@hotmail.com	Medlemsansvarlig	Oppland, Buskerud, Oslo
Olav Bremnes	95784064	Olav.bremnes@hnt.no	Sekretær	Nord- og Sør- Trøndelag, Møre og Romsdal

Innhold

NR. 1-2015 • ÅRGANG 26

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

REDAKTØR

Kjersti Øvernes, Tlf. 40 45 79 69
Kjersti.Overnes@tromso.kommune.no

STYRET

Faggrupeleder

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

Nestleder

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

Kasserer

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

Sekretær

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

Medlemsansvarlig

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

Styremedlem

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

ABONNEMENT

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

WEBANSVARLIG

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

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
psykiatrisykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 13. august 2015

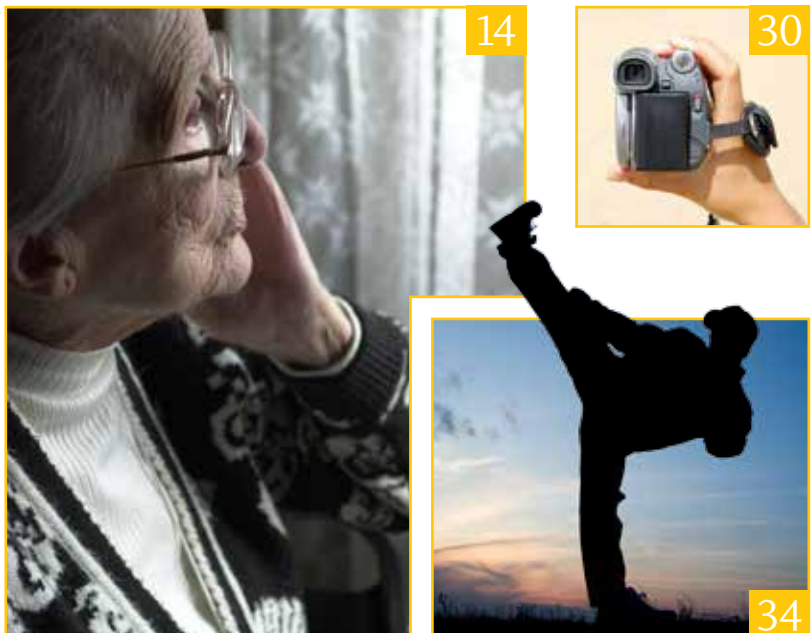
Innsending av artikler

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.

- 2 Landsstyret i SPoR
- 2 Fylkesledere i SPoR
- 5 Leder: Kurt Lyngved
- 6 Smånytt
- 8 Flere private omsorgstilbud
- 10 Deler psykotisk erfaring
- 12 Hva skjer i NSF?
- 13 Utlysning av stipend
- 14 Hjemmesykepleien i møte med den nedstemte pasienten
- 22 Seminaret «Mestring av hverdagen»
- 25 Brukeres erfaringer
- 27 Landskonferansen 2015
- 30 Unik videodagbok
- 32 Tilbakeblikk
- 34 Karate som virkemiddel
- 43 Bokanmeldelse

«Lidelsene er sjelens porter.»

Baltasar Gracián





06:57

På vei til jobb

Har sagt hadet til mann og barn. Sjekker mobilen en gang til. Skumleser en artikkel om resultatet etter Sykepleiens tidstyvundersøkelse. Kan si meg enig i mye.

**Sykepleien**

■ LEDER:
Kurt Lyngved



Vi trenger å finne balansen i våre liv

Vi er allerede godt i gang med et nytt år. Dagene fyker av gårde og er fylt med gjøremål på mange arenaer. Det moderne menneske lever hektiske liv med forventninger og krav rettet mot seg fra mange hold. Vi skal være til stede med all vår oppmerksomhet i arbeidslivet og i våre private liv. Det skal ordnes opp og det skal tas beslutninger på vegne av oss selv og andre og noen ganger oppleves det som om det meste skulle vært gjort i går. Effektivitet er blitt et ord som har stor betydning og som handler om at ting må bli gjort og må bli gjort nå. Kravene puster de fleste av oss i nakken og jager oss framover i et stadig større tempo. Samtidig fokuserer vi på folkehelse og forebygging og trivsel og bidrag til å fremme de gode helseforebyggende tiltak for oss selv og de andre. Det er kompliserte balanse ganger og tilførsel og uttak av energi skal tilpasses våre liv på en slik måte at vi er på høyde med oss selv til enhver tid. Vi skal kunne realisere oss selv, bidra til at andre får det de skal og vi skal yte maksimalt der vi er. Det moderne menneske lever et mangfoldig og hektisk hverdagsliv. Hvordan får vi påfyllet som gjør at vi klarer alt dette, og når og hvor skal det påfyllet hentes?

Vi trenger gode kvilesteiner for oss selv og for de andre. Steiner som er gode å sitte på og som gir oss rom til å reflektere over det livet vi lever og det livet vi ønsker å leve. Vi trenger å finne balansen i våre liv og skape de gode forutsetninger for å leve et sunt og helsefremmende liv. Men dette er ikke bare enkeltmenneskets ansvar, men også et ansvar som påhviler myndigheter og samfunnet for øvrig. Vi må i et fellesskap skape de gode væresteder for oss mennesker slik at vi kan ta vare på hverandre og gjøre hverandre til gode og dugelige mennesker. Det må innenfor det psykiske helsevesen være det viktigste bidraget til en sunn og god folkehelse.

I dag har jeg hatt en samtale med mennesker med innvandringsbakgrunn som er i mottak og vi har snakket om hvordan livet arter seg her. Det er også slik at det finnes like mange historier som det finnes mennesker i våre asylmottak. Men det gjør inntrykk når jeg setter meg ned og tar historien inn over meg. Det er noe med å erkjenne eget ståsted og reflektere over eget liv, sammenliknet med historien jeg nå hører. Historien om mangel på tilhørighet og ikke kjenne seg hjemme her. Et ønske om å være i et opprinnelsesland, men ikke kunne av ulike årsaker.

Dager som kommer og dager som går der man prøver å skape et innhold for å holde oppe meningen med å være til. Økonomi som er marginal og der mennesket ikke har råd til å delta på aktiviteter vi tar som en selvfølge! Bussbilletter som tar så stor del av ens pengebeholdning at man sjelden har råd til å ta bussen. Dette var en historie og det finnes helt sikkert mange andre. Men for meg ble dette et stoppested og en påminning om at i vårt lille land lever det mange mennesker i ulike situasjoner. Mennesker som lever side om side og sammen skal bidra til at vårt samfunn skal bli «best» mulig.

Å skape gode fundament for å bedre egen psykisk helse eller håndtere rusproblemer handler om flere ting. Forutsetninger som stabile rammevilkår, bolig, arbeid eller meningsfulle aktiviteter er grunnpilarer på veien mot en styrket psykisk helse eller å komme seg ut av rusmiddelavhengighet. Det er en del mennesker som sliter med marginale økonomiske rammer og en husleieøkning kan eksempel vis bidra til å gjøre hverdagen ekstra slitsom for mange. Nye utfordringer som bringer menneskene inn i mer uro og bekymring og dermed påvirker den psykiske helsen eller rusmiddelavhengigheten. Negative faktorer som får store konsekvenser og skaper ubalanse i den enkeltes liv. Dette minner oss om at å leve stabile liv handler om forutsigbarhet og trygghet. Hvordan vi håndterer dette vil vær individuelt og ha stor betydning for hvordan våre dager oppleves.

Dagene lysner og spennende opplevelser ligger foran oss på mange områder. Våren har sin spesielle magi med lys og nytt liv som vekkes og gror. En av vårens hendelser er landskonferansen som blir arrangert i begynnelsen av juni. Programmet er nå ferdig og jeg håper vi blir riktige mange som ses i Drammen når tiden er der.

Jeg ønsker dere alle en god vår og lykke til med alt det faglige og menneskelige dere bidrar med for å skape en best mulig psykisk helsetilstand innenfor så mange områder av helsevesenet vårt.

Kurt J. Lyngved
FAGGRUPPELEDER

Frisk med hund

Det kan ikke sies ofte nok – at kontakt med dyr gir bedre helse. Forskning viser at dyr kan settes inn i målrettet helsetjeneste med gode resultater. Ved Antrozologisen-teret på ÅS mener de at hunder og katter bør inn i terapien på sykehjem, rehabilite-ringsinstitusjoner, fengsler og steder det gis behandling. På sikt ser de for seg dyreas-sistert terapi som en beskyttet profesjon.

Kilde (NMBU)



Hjelp til barn som hjelper

Nye prosedyrer skal hjelpe helsearbeidere å iva-reta barn som er pårørende. Hjelpen skal gjelde for barn eller søsken av psykisk syke, rusmiddelbru-kere, alvorlig somatisk syke og skadde og er rettet mot alt helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Prosedyrene er utformet av kompetansenett-verket Barns Beste i samarbeid med Sørlandet sykehus, Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Inn-landet, St. Olavs hospital og Kunnskapssenteret.

Kilde: Dagens Medisin

SMÅNYTT

Minst fornøyd

De som kun har fullført grunnskolen, er mindre fornøyd med norsk helsevesen enn de som har høyere utdanning. Dette viser en fersk undersøkelse som er gjort av SINTEF Teknologi og samfunn i samarbeid med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. 2 700 personer i Norge har besvart en spørreundersøkelse og svarene viser at andelen fornøyde øker med lengden på utdanningen. En mulig forklaring på at det er slik, kan handle om kommunikasjon.

– Folk med lang utdanning er flinkere enn andre til å filtrere ut relevant informasjon fra ulike kilder og er dermed flinkest til å stille de rette spørsmå-lene på legekontor og sykehus, sier helseforsker Karin Dyrstad ved SINTEF. Tilfredsheten med tjenestene varierer også med hvilke sykdommer og helse-plager folk oppgir at de har. Resultater fra samme spørreundersøkelse viser at de som har eller har hatt psykiske plager eller muskel- og skjelettplager, er mindre fornøyd med helsevesenet enn andre.

Kilde: Gemini



«Sjelen har intet kjønn.» Kristina Augusta

Deprimerte tvillingmødre

En ny studie fra Folkehelseinstituttet viser at tvillingmødre har større risiko for å bli deprimerte enn andre mødre. Tvillingmødre har 77 prosent større risiko for depresjon fem år etter fødselen enn andre mødre. Den norske mor- og barnundersøkelsen har blitt benyttet av forskere ved Folkehelseinsti-tuttet og Universitetet i Oslo for å studere helsen til tvillingmødre under graviditeten og i de første årene etter fødsel. Studien viste ikke mer depresjon eller angst under selve svangerskapet. Derimot ble den psy-kiske helsen dårligere over tid. Resultatene viste at det å få tvillinger kun hang sammen med depresjon, og at tvillingmødre ikke i like stor grad hadde mer angst. Depresjon er en konsekvens av stress, og siden tvil-

lingmødre ikke har dårligere psykisk helse i utgangspunktet, antas det at de blir mer slitne enn andre mødre. Tvillinger kan ha lavere fødselsvekt, være for tidlig født og kan i tillegg ha komplikasjoner som hjerne-blødning og vansker med å puste, noe som også er en stressfaktor.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Klarer seg

Tenåringer med en mor eller far som har fått kreft, har ikke flere psy-kososiale problemer enn unge med friske foreldre. Dette kommer frem i doktoravhandlingen til sykepleier og forsker Eli-sabeth Jeppesen.

Jeppesen har ikke funnet forskjell i pre-valens av psykososiale problemer mellom ten-åringer med og uten en krefthistorie hos foreldre. Jentene rapporterte dår-ligere selvfølelse og mer angst og depresjon sam-menliknet med gutter, men funnene represen-terte generell kjønnsfor-skjell og ikke at mor eller far har kreft.

Kilde: Dagens Medisin

Tall på misbruk

Omlag 17 000 fikk behandling for narkotikaproblemer i 2013, viser tall som nå har kommet fra Norsk Pasientregister. I alt 26 443 pasienter fikk behandling for rusmiddelproblemer i den tverrfaglige spesialisthelsetjenesten dette året. En stor overvekt (70 %) var i poliklinisk behandling, inkludert de som var i legemiddellassistert rehabilitering. Nær halvparten hadde hovedproblemer knyttet til bruk av opioider, etterfulgt av cannabis (22 %).

Kilde: SIRUS



Kvinner mer ensomme

Det ser ut til at samlivsbrudd rammer middelaldrende kvinner hardere enn menn. Flere skilte kvinner enn menn føler seg ensomme etter en skilsmisse. Dette viser en studie utført av NOVA og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Blant middelaldrende menn og kvinner mellom 40 og 60 år som gjennomgår et samlivsbrudd, har kvinner større risiko enn menn for å oppleve ensomhet fem år etterpå.

Kilde: Dagens Medisin

Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox

Stress og hukommelse

Pasienter med alvorlig depresjon har en svikt i systemet som regulerer stresset i kroppen. Svikten gir dem dårligere hukommelse enn friske. Dette fant forskere ved Universitetet i Bergen (UiB) ut da de undersøkte stresshormonet kortisol. Kortisol er et stresshormon som finnes naturlig i kroppen. Kortisolnivået stiger under stress og faller naturlig igjen etterpå. Men hos folk som lider av alvorlig depresjon, forblir kortisolnivået høyt. Psykolog og forsker Åsa Hammer ved UiB leder forskningsgruppen Mood and Cognitive Function Group (MCF) som nå er ferdig med et treårig forskningsprosjekt om depresjon, mentale funksjoner og kortisol. Det er ingen nyhet at det er en sammenheng mellom høye verdier av kortisol og depresjon. Men det er først de siste 10–15 årene at forskerne er blitt klar over at høye verdier av kortisol over lang tid kan føre til at hjerneceller dør.

– Vår studie viser at evnen til å regulere ned kortisolnivået er ute av funksjon hos de deprimerede, og at det kan henge sammen med hukommelsessvikt, sier Hammer.

Kilde: Forskning.no

Friskere med ekstrem-sex?

I store deler av verden er det en psykiatrisk diagnose, men de som praktiserer BDSM er psykisk friskere enn folk flest. BDSM er forøvrig en fellesebetegnelsen for bondage og disiplin, dominans og underkastelse, sadisme og masochisme. Påstanden kommer fra psykolog Andreas Wismeijer. Sammen med kollega Marcel van Assen ved Tilburg-universitetet i Nederland har han undersøkt den psykologiske tilstanden til BDSM-praktiserende. De har gjennomført en spørreundersøkelse blant nederlandske BDSM-ere, med en kontrollgruppe som praktiserer «vanilje-sex», altså helt vanlig A4-sex. Det viste seg at BDSM-ere er mer utadvendte, mer åpne for nye opplevelser og mer pliktoppfyllende enn gjennomsnittet. De er også mindre nevrotiske. Dessuten scorerer BDSM-ere lavere på følsomhet overfor avvisning – et mål på hvor paranoide mennesker er med tanke på å bli mislikt av andre.

Kilde: Forskning.no

Stadig flere private omsorgstilbud

Private omsorgstilbud utgjør en vesentlig del av helsetjenesten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusrelaterte problemer. Hvorfor er det slik?

Tekst **Karina Seberg**sen og **Tore Ødegård**, Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i psykisk helse og rus (SPOR) i Troms

Priate omsorgstilbud utgjør i dag en vesentlig del av helsetjenesten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusrelaterte problemer. Antall private aktører som tilbyr omsorgstilbud øker i antall nasjonalt. Bruken av disse tilbudene varierer stort fra kommune til kommune. Styret i SPOR Troms stilte oss spørsmål om hvordan vi kan forstå den økende bruken av private aktører i den kommunale helsetjeneste og om dette er veien å gå videre.

I den forbindelse arrangerte vi seminar for sykepleiere, annet helsepersonell og interesserte i 11 kommuner i Midt-Troms den 19. november 2014 på Kunnskapsparken Finnsnes. Tre psykiatriske sykepleiere innledet. Åshild Fause, førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø, satte temaet i en historisk helsesammenheng.

«De tilbyr skreddersydde tilbud til den enkelte bruker.»

Enhetsleder for psykisk helsetjenester i Lenvik, Lill Storaas, orienterte om bruken av private omsorgstilbud i egen kommune. Leder for Bo og Bistand, Lisa Gresseth, presenterte hva og hvordan private aktører bidrar i dagens psykiske helsetilbud. Deltakere

på seminaret kom fra seks kommuner, spesialisthelsetjenesten og fra private omsorgstilbud.

Privatforpleiningen

Private omsorgstilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser er ikke av ny dato i Norge. I deler av landet hvor asylere ble etablert seint, var privat forpleining den viktigste ordningen for ivaretagelse av mennesker med sinnslidelser. I perioden fra ca. 1890 til 1950 var ca. 2/3 av alle sinnslidende i Troms og Finnmark i privat forpleining. Når ordninga ble så betydningsfull, var det fordi den fungerte tilfredsstillende. Kom den sinnslidende til snille og forstandige folk, fikk vedkommende det bedre enn å tilbringe livet i psykiatriske sykehus med inngripende behandling og terapier. Forpleininga var underlagt

streng kontroll og årlige tilsyn. Etter at Åsgård Sykehus åpnet i 1961, ble bruken av privat forpleining gradvis redusert og er i dag så godt som forsvunnet.

Hvorfor benyttes private aktører

Det er ulike årsaker til at private aktø-

rer benyttes i økende grad i dag. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser, rusrelaterte problemer og med behov for omfattende omsorg, ble for noen tiår siden ivaretatt i døgnkontinuerlige institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Som følge av psykiatrireformen og samhandlingsreformen skal kommunene tilby omsorgs- og rehabiliteringstilbud også til denne brukergruppen. Mange kommuner klarer ikke å levere omsorgstjenester til denne brukergruppen og dette begrunnes med begrensede økonomiske ressurser og mangel på kvalifiserte fagfolk. For å ivareta sitt ansvar velger kommunene å kjøpe heldøgns omsorgstjenester av private aktører, eller sagt på en annen måte – «brukeren og dennes behov legges ut på anbud» slik at private aktører kan tilby kommunen tjenester. Det finnes i dag ingen nasjonal oversikt over hvor mange personer i gjeldende brukergruppe som ivaretas av private aktører. Det private døgnkontinuerlige omsorgstilbudet som har vokst fram kan ses i sammenheng med det manglende døgnkontinuerlige omsorgs- og botilbud i kommunene. Private omsorgstilbud er slikt sett, viktige tilbud for å ivareta samfunnsansvaret for omsorgs- og tjenestetilbud til mennesker med omfattende behov som kommunen selv ikke greier å etablere innenfor egne rammer.



OMSORG: Private omsorgstilbud utgjør en vesentlig del av helsetjenesten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusrelaterte problemer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Skreddersydde tilbud

I Midt-Troms er det for tiden seks private aktører som er etablert og de tilbyr helsetjenester til ulike brukergrupper, bo- og omsorgstilbud i bolig eller institusjoner av kortere eller lengre tid, avlastningstilbud og tilbud om personlig assistanse. Felles for aktørenes tilbud er at de tilbyr skreddersydde tilbud til den enkelte bruker. Omsorgstilbudet og kostnadsoverslag utformes av fagfolk med spesialkompetanse i psykisk helsearbeid i det private firmaet og gjøres på bakgrunn av kommunens behovsbeskrivelse. Omsorgstilbudet vurderes av kommunens innkjøpsansvarlig i samarbeid med fagansvarlig for psykiske helsetjenesten. Faglig kvalitet vektlegges høyt hos de private aktørene når det gjelder valg av egnet bolig, håndplukket fagpersonell, sikring av kontinui-

tet og stabilitet for brukeren, sikkerhet og trygghet for brukere og personell, medlevertturnus for omsorgspersonalet. Det vektlegges at brukeren skal ha en meningsfull og aktiv hverdag og sosialt fellesskap. Hos private aktører er det kort beslutningsvei, omsorgstilbud kan etableres raskt og endres ved behov. De private omsorgstilbudene har jevnlig tilsyn fra oppdragskommunene, dog med ulikt innhold.

Mangler ved dagens ordning

Flere av de private aktørene ønsker selv en egen godkjenningsordning for omsorgs- og tjenestetilbudene til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusrelaterte problemer. Det etterlyses tydeligere kvalitetskrav fra myndighetene, samt utforming av felles kvalitetskriterier for både private og

offentlige aktører. Kommunene som kjøper tjenester fra private tilbydere har på sin side manglende erfaring med å drive systematiserte tilsyn og etterlyser mal for hvordan slike tilsyn bør gjennomføres. De private aktørene ønsker også et formalisert samarbeid med den offentlige helsetjenesten.

Kvalitet i morgendagens omsorg

Hvilke vurderinger legges til grunn når kommuner velger å legge brukere ut på anbud framfor å bygge opp egne døgnkontinuerlige botilbud? I statlige styringsdokumenter vedrørende tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusrelaterte problemer er private omsorgs- og tjenestetilbydere i liten grad nevnt. Det kan være grunn til å gjeninnføre en kvalitetssikringen jamfør ordningen med privatforpleining. ■



Klangeren i stemmen

Kan andre dra nytte av min psykotiske erfaring?

Tekst og illustrasjon **Susan Hartkopf**, kunstner

Vi hopper rett i det. De strekker seg over 30 år. Innholdsmessig varierer de ifra euforiske gleder til dyp, lammende terror. Innenfor en psykose som kan vare i flere måneder er det skifter i tema, noen ganger raskt mellom glede og angst. Andre ganger kan den bestå av flere tema parallelt, som om en går inn og ut av flere Fellini-filmer i løpet av en dag. Når dagene blir til uker kreves det mye for å holde fokus – en har jo ikke lyst å trø feil. Her er det ofte et stort gap mellom opplevelsene til den som er i psykosen, og de som står utenfor og ønsker å hjelpe til. Det som føles riktig for meg kan virke helt uten forankringspunkter for den som ser det hele utenfra.

Psykotiske opplevelser har ofte for meg vært seriekoblede og innviklede, noe som gjør det vanskelig for meg å forklare der og da. En gang på lukket avdeling lå jeg i sengen i flere dager. Da jeg måtte stå opp klarte jeg så vidt å bevege bena, og forarmene var låst i vinkel tett inn til kroppen. Jeg skalv og det kjentes ut som om huden min brant. Da jeg lå i sengen var sjelen min ute på vandring på leting etter offer fra bombingene i Hiroshima. Jeg forsto det som skjedde med meg som en lidelse for menneskehetens forbrytelser i 1945, og godtok oppgaven som var tildelt meg, å måtte lide. Jeg vet ikke om de som jobbet på avdelingen forsto hva psykosen omhandlet og hvordan jeg hadde det. Jeg følte en omsorg i de trygge omgivelsene, ved at personalet lot meg gå gjennom disse opplevelsene uten fordommer og ved at jeg fikk bruke den tid som trengtes for å gå igjennom disse lidelsene.

Gjennom flere psykoser på 90-tallet var lidelse alltid en del av pakken. Du kan godt si at jeg bar en sorg i hjertet for urett gjort mot mennesket og naturen. Følelseslivet bar preg av dette helt til 2003. I en samtale med en overlege ved NPS, Carl Gade stilte han meg et enkelt spørsmål: «Har ikke du lidt nok?» Spørsmålet og følgende samtaler forandret mitt liv. Jo, jeg hadde lidt nok. Etter disse samtaler avtok lidelsene som hadde preget mitt følelseliv i 25 år. Jeg holder meg fortsatt orientert om hva som skjer i verden, men det tar ikke len-

Bønn er god medisin.» Ordene; «psykose er et naturfenomen», ga gjenklang dypt inne i meg. Jeg minnes en sang fra da vi satt rundt bålet under barndommens teltturer. I en vers sang vi, «I've got a bell, I'll ring it in the morning. I'll ring it in the evening, all over this world. It's a bell of freedom, it's a bell of warning, it's a bell of love between my brothers and my sisters all over the world.» Alle har et forhold til været. Det skifter luner hele tida. Slik er det også med oss. Goethe sa: «Naturen alene vet hva den vil». Det er en utfordring

«Jeg har alltid følt at psykosene er en måte å erverve kunnskap.»

gre over livet og kroppen min og det er ikke lengre mitt ansvar å ordne opp i alt som skjer i verden.

Naturlig med psykoser

Gjennom samtaler med en psykolog fant vi et mønster i forhold til mine psykoser. Hver gang jeg hadde prøvd å styre livet mitt i en bestemt retning, inntraff en psykose med slik kraft at jeg ikke kunne følge stien jeg hadde bestemt meg for. Det var meningen at jeg skulle en annen vei. Nesten 20 år senere, vil jeg si at jeg lever best når jeg lar livet bli til fra dag til dag, og jeg følger med. En jeg stiftet et kort bekjentskap med, sa følgende; «psykose er et naturfenomen, på linje med andre naturfenomener: Det går over av seg selv. Man er avhengig av et godt følelsesklima rundt seg. Personlige følelseshistorier er viktig!

å akseptere at vi er en del av noe større enn oss selv, især når en blir dratt inn i dramatiske hendelser. Det kan være tøffe perioder, men vi står han av. Når værmeldingen varsler uvær, forbereder vi oss. I roen etter stormen kan vi gå langs fjæra og se hvilken skatter havet har lagt igjen. Jeg finner en sannhet i « ... på linje med andre naturfenomen. Det går over av seg selv». Jeg har vært velsignet med en far som har hatt en romslig forståelse av mine psykoser. Han refererte tidlig til sjamanismen i sammenlikning med mine erfaringer. Det vil si at tradisjonelt, fra gammelt av, var slike erfaringer tegn på forandring eller noe i samfunnet/naturen som var i ubalanse. Sjamanens oppgave var å fortolke og å finne frem til en forståelse, slik at en kunne gi råd og veilede om veien videre fremover. ■



Foto: Kirstin Henniksen

Astrid Svalastog 1953–2015

Sykepleien mottok i januar den tunge beskjeden om at Astrid Svalastog (61) hadde gått bort. Svalastog jobbet som deskjournalist med utgivelsen av faggruppebladene Ledelse, Psykisk helse og Rus, Kreftsyrkepleie, Jordmora, Geriatriisk sykepleie og Tidsskriftet for helsesøstre. Hun hadde 20 års erfaring som journalist og redigerer i NTB før hun kom til NSF og Sykepleien. Hun vil bli dypt savnet.

Hva skjer i NSF?

Fagfeltene psykisk helse og rus har høy prioritet i Norsk Sykepleierforbund. Her er tre saker forbundet jobber med.

Tekst **Schømer-Olsen**, seniorrådgiver

Nasjonale helse- og sykehusplan – pasientens helsetjeneste.

NSF deltar i en nasjonal arbeidsgruppe knyttet til utvikling av en nasjonal helse- og sykehusplan. Helseminister Bent Høie ønsker konkrete innspill til pasientens helsetjeneste, ikke minst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Videre ønsker Høie innspill knyttet til riktig kompetanse, kapasitet og utvikling av et sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus.

NSF har spilt inn et ønske om å videreutvikle DPS-ene som en del av psykisk helsevern i nært samarbeid og forpliktende samarbeid med kommunene. Eksempelvis gjennom et organisert samarbeid, hvor ansatte fra kommunene og DPS jobber sammen, etter modell av ACT/FACT-team. Videre har NSF spilt inn et ønske om å ta i bruk tidsriktige og hensiktsmessige bygg. Bygg som muliggjør en moderne og god behandling, basert på prinsipper om åpenhet, frivillighet, deltakelse, mestring og selvstendighet for den enkelte. NSF mener også det vil være en fordel å samlokalisere tjenester innen somatikk, psykisk helse og rus. Dette for å fremme samhandling og utvikle kompetanse. Sist, men ikke minst er målet å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet til pasient, brukere og pårørende.

Opptappingsplan for rusfeltet

NSF er i ferd med å ferdigstille et innspill til regjeringens varslete opptap-

pingsplan for rusfeltet. NSF ønsker en tjenesteutvikling som er rettet inn mot hele livsløpet. Lavterskel helsetjenester, gode akutte tjenester, behandling og rehabilitering skal være på pasientenes og brukernes premisser. NSF ønsker en opptappingsplan over mange år med en god og forutsigbar finansiering.

NSF mener opptappingsplanen må bidra til å sikre god kvalitet og gode standarder for tjenesteyting overfor rusavhengige i en helhetlig forløps-tenkning;

- Lavterskel helsetjenester og akutte tjenester.
- Tilgjengelige utredninger og vurderinger.
- Fleksibelt og varierte behandlingstilbud.
- Sosial- og helsefaglig oppfølging over tid.
- Bolig og arbeid.

Undersøkelse i kommunen

Det er gjennomført en nasjonal spørreundersøkelse i kommunene knyttet til psykisk helse- og rusarbeid i kommunal sektor. Målsettingen er å kartlegge hvilke roller og funksjoner sykepleiere har i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet, samt å tydeliggjøre det faglige bidraget sykepleiere har i det tverrfaglige samarbeidet i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene.

Studien gjennomføres av Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud og Vestfold og ledes av Bengt Carlsson. Det har kommet inn over 1000 svar og undersøkelsen vil bli publisert i april 2014. ■



Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse

utlyser et stipend på kr. 60 000

Det er et fagstipend som deles ut årlig, og stipendet deles nå ut for fjerde gang av stiftelsen.

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

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

Stipendtildelingen har til hensikt å videreføre denne innsatsen i en aktuell og fremtidsrettet form. Stipendet kan søkes på eller man kan foreslå aktuelle kandidater til stipendet.

Søknadsfrist 1. mai 2015

Stipendet deles ut på forskningsdagen i tilknytning til Landskonferansen i Drammen 3. juni 2015.

Søknad med prosjektbeskrivelse eller forslag på kandidat sendes til:

Faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus v/ Olav Bremnes innen 1. mai 2015, på e-post: olav@ntebb.no

Mer info om Marie Lysnes på:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/810786/marie_lysnes_legat_8487.pdf



NSFs faggruppe for sykepleiere
innen psykisk helse og rus



Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten

Hjemmesykepleieren identifiserer pasienter med depressive symptomer ved å se etter endring i pasientens vante mønster. Kjennskap til pasienten er vesentlig for å se endringen og sette i verk tiltak.

Innledning

Depressive symptomer hos eldre kan forveksles med andre lidelser eller med utfordringer ved det å bli eldre. Dette kan bidra til at eldre med mild grad av depresjon blir underdiagnostisert og ikke får behandling (1–3). Mild grad av depresjon antas å ramme om lag 25–35 prosent av mennesker over 65 år (4). Man forventer også tilsvarende forekomst blant dem som mottar hjemmebaserte tjenester i Norge (2012; N = 271.530) (5). Litteraturen beskriver at hjemmesykepleieren har en unik mulighet til å oppdage denne pasientgruppen (6).

Depressive symptomer av ulik grad er en av de viktigste årsakene til emosjonelle plager blant eldre (7). Man kan forstå symptomene som en reaksjon på utilstrekkelig mestring av tapssituasjoner (8). Eldre er særlig utsatt for å oppleve tap av helse og sosialt nettverk. De kan i tillegg ha redusert evne til mestring av daglige utfordringer og negative livshendelser grunnet svekket energi og tilpasningsevne (6, 9). Depressive symptomer har vist seg å ha betydelig negativ påvirkning på livskvalitet (10–12) og det kan medføre økt bruk av helse- og sosiale tjenester (13). Tidligere studier har vist at mer sosialt samvær (14) og enkle kognitive teknikker (15) kan være tiltak i møte med eldre med psykiske plager. Ory et al. (16) vekt-

legger at samtaler med helsepersonell kan føre til mestring av kronisk sykdom, færre innleggelse og mindre bruk av andre helsetjenester. Halvparten av hjemmesykepleierne (N= 1594) i en norsk studie rapporterte at tiden ikke strakk til for å dekke den enkelte pasients behov (17). Det kan synes som om hjemmesykepleierens handlingsrom er begrenset og at det er organiseringen som styrer tjenesten og ikke kontinuitet og hjemmesykepleierens faglige vurderinger (18,19).

Hovedmålet med denne studien er å bidra til kunnskap om hvordan hjemmesykepleier beskriver pasienter med mild depresjon, som omtales som nedstemte, og hvilke tiltak som tilbys denne gruppen innen hjemmesykepleierens handlingsrom. Dette beskrives gjennom spørsmålene:

Hvordan beskriver hjemmesykepleier den nedstemte pasienten?

Hvilke tiltak iverksetter hjemmesykepleier for å hjelpe den nedstemte pasienten innenfor hjemmesykepleierens handlingsrom?

Metode

Design

Studien benyttet et kvalitativt beskrivende forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer (20). En veiledende intervjuguide (tabell 1) med åtte

Av Liv Halvorsrud, sykepleier og førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie, HiOA

Ingun Pahr, sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, høgskolelektor ved Høgskolen Diakonova

Lisbeth G. Kvarme, helsesøster og førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie, HiOA



Sammendrag

Bakgrunn: Hjemmesykepleier har en unik mulighet til å oppdage pasienter med depressive symptomer, ofte omtalt som nedstemte. Depressive symptomer kan forveksles med symptomer på andre lidelser eller aldring, og blir derfor ikke oppdaget.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan hjemmesykepleiere beskriver den nedstemte pasienten som har enkelte depressive symptomer, og hvilke tiltak de utfører innenfor hjemmesykepleiers handlingsrom.

Metode: Studien har et kvalitativt beskrivende design. Ti intervjuer ble gjennomført med hjemmesykepleiere i et byområde. Det ble gjort en beskrivende tematisk tekstanalyse av materialet.

Resultat: Hjemmesykepleieren identifiserer pasienter med depressive symptomer ved å se etter endring i pasientens vante mønster. Kjennskap til pasienten er vesentlig for å se endringer og skille den fra andre tilstander. Hjemmesykepleier iverksetter «det lille ekstra»-tiltak i forhold til den nedstemte pasienten. Det kan være samtaler om dagligdagse emner eller utforskning av pasientens bekymringer. På grunn av mangel på kontinuitet i arbeidet, har hjemmesykepleier en begrenset mulighet til å følge opp tiltakene.

Konklusjon: Informantene beskriver endring i pasientens vante mønster som kjennetegn på den nedstemte pasienten. Informantene utfører tiltak i tillegg til vedtaket pasienten har ved å skyve på oppgavene på dagens arbeidsliste. Samtalen har en vesentlig rolle i tiltakene. Hjemmesykepleieren kommer i et kryspress mellom pasienten på den ene siden og organisasjonens krav på den annen siden.

Abstract

The home care nurse in the meeting of the depressed patient

Background: The home care nurse has a unique ability to identify patients with depressive symptoms, often referred to as bad mood. Depressive symptoms may coincide with other disorders or aging and are therefore difficult to identify.

Objective: The purpose of this study is to examine how home care nurses describe the patient who has some depressive symptoms, and what efforts they perform.

Method: The study is a qualitative descriptive design. Ten interviews were conducted with home care nurses in an urban area. The data were analyzed using descriptive thematic method.

Result: The home care nurse identifies patients with depressive symptoms by looking for changes in the patient's usual patterns. Knowing the patient is essential to explore the change and distinguish it from other conditions. When home care nurse meets these patients, she often initiates «the extra mile» effort. It may be conversations about everyday topics or exploration of patient's concerns. Due to the lack of continuity in the work, the home care nurse has limited opportunity to follow up the efforts.

Conclusion: The home care nurse described changes in the patient's usual pattern as characteristic of the depressed patient. Additional efforts perform the home care by pushing tasks at the current work list. The conversation has a significant role in these additional efforts. Home care nurses are in a cross-pressure between the patient on the one hand and organizational requirements on the other.

NEDSTEMT: Det er ikke alltid pasienten forteller at hun er nedstemt, men man vil ofte kunne se at noe er galt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

åpne spørsmål basert på tidligere forskning, erfaring og knyttet til forskningsspørsmålene, ble benyttet. Intervjuformen er fleksibel og muliggjør oppfølgings spørsmål for mer dybde og forståelse (20). Gjennom at forskerne er lyttende, avventende og utforskende, gis informanten mulighet til å komme fram med sine erfaringer og tanker. I forkant av intervjuet besvarte informantene skriftlig på seks sosiodemografiske spørsmål.

Informantene

Ti kvinnelige hjemmesykepleiere i alderen 30–56 år deltok i studien. Alle var fra et byområde i Norge. De hadde

«De trenger ikke si det med ord. Det er væremåten og kroppsspråket.»

vært utdannet sykepleiere i 2–23 år og hadde arbeidet fra 1,5–16 år i hjemmesykepleien. En av informantene hadde en videreutdanning og to hadde tilleggsoppgaver for bestemte prosedyrer. Leder for hjemmesykepleien rekrutterte informantene. Forskerne henvendte seg både muntlig og skriftlig til lederen og presiserte at det var frivillig å delta i studien. Inklusjonskriteriene var minimum 50 prosent stilling og mer enn seks måneders erfaring som hjemmesykepleier.

Ethiske hensyn

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og undertegnet samtykkeerklæring. For å ivareta anonymiteten er type videreutdanning og tilleggsoppgaver ikke beskrevet. Ingen av forfatterne deltok i rekrutteringen av informanter eller kjente dem fra før. Dette for å unngå at informantene skulle føle seg presset til å delta. Tredje forfatter

1. Kan du kort beskrive din jobb?
2. Hvordan oppfatter du begrepet nedstemt?
3. Hvordan vil du beskrive en bruker som du vil karakterisere som nedstemt? Gi eksempler.
4. Kan du gi eksempler på hva vedtaket til disse brukerne inneholder?
5. Hva er forskjellen på nedstemte brukere og deprimerte brukere?
6. Hvilke tiltak setter du i verk i møte med nedstemte brukere?
7. Samarbeider med andre i lokalsamfunnet for å få utrettet disse strategiene, men kan og vil arbeide alene om nødvendig.
8. Hvis du fikk mulighet til å utvikle et helhetlig tilbud til den nedstemte brukeren, hvordan ville det sett ut?

TABELL 1: Intervjuguide. Utdypende spørsmål er utelatt.

har kun hatt tilgang til aidentifisert materiale (transkriberte intervjuer). Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Datasamling

I intervjuet ble informantene bedt om å beskrive ulike tegn på nedstemthet hos pasientene. De ga eksempler og beskrev hva som skiller en nedstemt pasient fra en pasient med diagnosen depresjon. Videre beskrev informantene aktuelle tiltak de benyttet ovenfor nedstemte pasienter. Informantenes arbeidssituasjon ble utforsket for å få en forståelse for hvilke rammer de arbeidet under. Førsteforfatter ledet intervjuet mens andre forfattere lyttet og kom med eventuelle tilleggs spørsmål på slutten av intervjuet. Hvert intervju varte fra 45–60 minutter, intervjuet ble tapet og det foregikk i et egnet rom på informantenes arbeidssted. (Se tabell 1.)

Analyse

Vi benyttet en beskrivende temasentrert analysemetode i fire trinn inspirert av Kvale og Brinkmann (20). Dette ga oss muligheten til å gå i dybden på enkelte temaer. Vi startet intervjuet med oppklarende spørsmål og oppsummeringer av svarene på disse, slik at informanten kunne bekrefte eller avkreftede utsagnene. Etter nøye gjennomlesing av teksten som helhet, ble tekst som ikke var relevant satt til side. Den gjenværende teksten ble foreløpig grovsortert i meningsbærende enheter (trinn en) ut fra hovedområdene i intervjuguiden. Disse meningsbærende enhetene ble fortettet til kortere enheter om hva teksten handler om (trinn to – meningsfortetning). Gjennom flere gjennomlesninger ble meningsfortetningen forsøkt sortert i et mønster av tema og undertemaer (trinn tre). Siste trinn i analysen var å rette et reflekterende blikk på informantenes utsagn og utvikle sentrale temaer. Tematiseringen ble organisert i et matriseskjema (se tabell 2) ut fra informantenes utsagn slik forskerne fortolket dem (20). Første forfatter transkriberte seks intervjuer og andre forfatter fire. Materialet er i sin helhet lest gjentatte ganger av første og annen forfatter. Tredjeforfatter leste et intervju i sin helhet samt kontrollerte utdrag fra den kondenserte teksten og sammenliknet med transkribert tekst. (Se tabell 2.)

Resultater

I denne studien fant vi to sentrale temaer ut ifra

informantenes utsagn. Det ene sentrale temaet er endring i pasientens vante mønster som kjennetegnet på den nedstemte pasienten med depressive symptomer. Det andre sentrale temaet er «det lille ekstra». Begge de sentrale temaene kan forstås i lys av hvordan hjemmesykepleieren beskriver sin arbeidsdag.

Endring av vante mønstre

Endring av pasientens vante mønster kan være tristhet, økt behov for å snakke, dårlig personlig hygiene, rot i huset, dårlig ernæring eller endringer i kroppsspråket. Informantene opplever at godt kjennskap til pasienten er nødvendig for å se disse endringene. Dessuten må pasienten få tilstrekkelig tid til å fortelle om hvordan de har det. En informant sier det slik: «De trenger ikke si det med ord. Det er væremåten og kroppsspråket ... ser litt sånn trist ut. Jeg ser at de kunne ha trengt noen å dele ting med da ... kan virke litt apatiske. Ja, de har kanskje dårlig nettverk». Videre medvirker kjennskapet til pasientens totale situasjon (for eksempel, sykdom, rus, tap og sorg) til at hjemmesykepleier kan se aktuelle endringer i sammenheng med andre viktige hendelser i pasientens liv. En annen informant sier: «Det går nedover med ham, litt dement, ganske rotete. Det ser ikke ut der. Det er ikke den levemåten en vil ha ... Det har vært en periode da han nesten ikke har spist.» Sorg pekes også på som en bakenforliggende hendelse til nedstemthet: «... har mistet konen sin. Jeg tror han kanskje sliter med selvfølelsen. Han har på en måte låst seg litt». Den nedstemte pasienten beskrives i hovedtrekk som en som «sliter» og dermed ikke klarer å løse de utfordringene livet byr på. Informantene forteller om «tunge og sterke» historier knyttet til sykdom, sosiale problemer, rusproblematikk eller familiekonflikter. Dette er situasjoner informantene forteller om og som de i liten eller ingen grad har mulighet til å møte verken der og da eller ved senere besøk.

«Det lille ekstra»

Hensikten med «det lille ekstra» er å sette i verk tiltak slik at pasienten kommer ut av nedstemtheten. En informant sier at det er for «å gjøre livskvaliteten litt bedre for dem». Informantene forteller om hva de selv prøver å gjøre innenfor den tiden de har tilgjengelig ut ifra arbeidslista. Men de peker også på tiltak som krever utvidet tid og endret eller nytt vedtak. Det sentrale temaet; «det lille ekstra», bygges på tre temaer: Samtale, praktisk hjelp og bidra til nye eller utvidete vedtak. Relasjonen mellom pasient og sykepleier nevnes sammen med tiltakene.

Hva blir sagt (Meningsbærende enhet)	Hva snakkes det om (Meningsfortetning)	Tema/Subtema	Sentralt tema
De trenger ikke si det med ord. Det er væremåten og kroppsspråket .. ser sånn trist ut.	Ser på kroppsspråket	Ser trist ut	Endret atferd
Når jeg kommer til disse som er litt lei seg, så er det å vise at du har tid, selv om du bare har ti minutter. At du kommer rolig inn og setter deg ned og viser at du har tid.	Vise at du har tid selv om du har liten tid	Lytte og være til stede Samtale	Lille ekstra

TABELL 2: Eksempel på analysematrise inspirert av Kvale og Brinkmann (2009).

Samtale

En informant sier: «Jeg setter meg ned og snakker med dem, er til stede». Samtidig er «mange (pasienter) trege» og trenger tid til å åpne seg. En måte sykepleierne kan fange opp pasientens signaler på er ved å sette av tid til samtale. En pasient fortalte informanten at hun hadde vært korsanger. Dette medførte at informanten begynte å synge sammen med pasienten. Dette vekket gode minner hos pasienten. Å lytte til pasientens livshistorie skaper forståelse hos hjemmesykepleieren: «Det er veldig mange som har behov for å meddele sin historie ... og da kan du kanskje forstå litt mer om hvorfor de er nedstemte». En tredje side ved samtalen er nettopp å forstå den nedstemte pasienten bedre. En informant sier at hun intuitivt skjønner at pasienten «bærer på noe», men at hun (informanten) ikke sier noe, hun er bare stille og utfører oppgaven». En annen nærmer seg pasienten ved å begynne «å spørre litt sånn forsiktig» om hva som plager pasienten. En informant beskriver en pasients behov slik: «Det kan være tidspress, men jeg tar meg litt tid for de trenger å ha mennesker rundt seg. De trenger bare lite grann, det trenger ikke å være lange samtaler. For dem betyr det mye om de kan få fem minutter ekstra». Samtalen kan være om dagligdagse emner slik som aktuelle TV-programmer. Informantene sier at pasienten trenger en å snakke med og at man på den måten bidrar til trivsel: «Det skulle ha vært en trivselssykepleier som kunne gå rundt å ha tid til å prate».

Praktisk hjelp

Praktisk hjelp utover vedtaket ytes ut fra hvordan hjemmesykepleieren vurderer pasientens dagsform: «Ofte kan jeg gjøre ekstra ting som ikke står på oppdraget (vedtaket) som å ta ut søpla for dem, ta

inn avisen, eller ta litt oppvask». Dette gjøres for å skape mer hygge for pasienten. Samtidig vektlegger informantene den knappe tiden de har til rådighet.

Bidra til nye eller utvidete tiltak

En av informantene forteller om hvordan hun gjennom flere besøk snakket med og motiverte en pasient til å søke vedtak om dagsenter. Informanten forteller historien om pasienten som har vært «så lenge hjemme at det kan være vanskelig å treffe nye mennesker». Hun avslutter historien ved å peke på

«Jeg setter meg ned og snakker med dem, er til stede.»

at noen skulle ha fulgt pasienten til dagsenteret de første gangene. Støttesamtaler er et annet vedtak informantene foreslår for pasientene: «Det kan gå så langt at hun kan få psykisk støttesamtale». Støttesamtaler utføres av ansatte i hjemmesykepleien i informantenes distrikt. Når en pasient har støttesamtale forteller informantene at det ikke er tid til å planlegge denne. Man engasjerer frivillige organisasjoner som tiltak for å følge pasienten til lege eller sykehus. Frivillige blir ikke benyttet til å besøke pasienten, og heller ikke til samtale eller praktiske oppgaver.

Det er nærmest en konstant balansegang mellom pasientens behov for sykepleie og tiden som er satt av til oppdraget. Informantene beskriver at de forsøker å gi «det lille ekstra»-tiltaket i en travel arbeidsdag. En informant sier at det er et «hav av oppgaver» som står i kø for å bli løst, oftest i korte oppdrag og gjennom streng prioritering, manglende tid og kontinuitet. Selv om informantene sier de har «egne pasienter som vi er tjenesteansvarlig for», er det ikke alltid det fungerer slik at de får «sine» pasienter.

Diskusjon

Samlet sett har informantene i vår studie lang arbeidserfaring fra hjemmesykepleien. Dette bidrar til at de er i stand til å identifisere endringer hos pasienten som kan være tegn på nedstemthet. Alle informantene forteller om ekstra tiltak i forhold til denne pasientgruppen. De vektlegger at de ekstra tiltakene, som ikke er vedtaksfestet, må skje samlet innenfor vedtakstiden i forhold til dagens arbeidsliste.

Å oppdage endringer hos pasienten som tolkes som nedstemthet og tegn på depressive symptomer, krever mulighet til å lytte til pasienten og dermed bli

kjent med pasienten over tid. Å åpne seg og fortelle om sine vansker, krever at det er utviklet en god relasjon (21) og ikke minst at det er tid til å snakke sammen. Selv om hjemmesykepleiere gjør så godt de kan, viser en nasjonal brukerundersøkelse at pasienter og pårørende er misfornøyde med ansattes mulighet til å lytte (22). Identifisering av depressive symptomer ved å se etter endring i pasientens vante mønster, fordrer at hjemmesykepleieren har så generell som spesifikk kompetanse i geriatrisk sykepleie (23, 24). Forskning framhever at depressive symptomer hos eldre, blant annet nedsatt energi, økt trøtthet, nedsatt konsentrasjon, tomhetsfølelse, hjelpeløshet, nedsatt selvtillit og selvfølelse, kan forveksles med andre ting og dermed ikke bli oppdaget (1, 3). Sykepleiere i kommunehelsetjenesten har en nøkkelrolle når det gjelder å identifisere pasienter med mentale vanskeligheter og forstå hvilke faktorer og hvilke tiltak som bidrar til deres livskvalitet (25).

Samtalen spiller en rolle i alle tiltakene informantene benytter i møte med den nedstemte pasienten. Informantene peker på relasjonens betydning og det å være aktivt til stede i situasjonen. Hummelvoll (21) vektlegger nettopp relasjonens betydning for at pasienten mestrer psykiske helseplager. Lamers et al. (15) fant at få planlagte samtaler (over fire-åtte uker) basert på teori om mestringsforventning og kognitiv tilnærming, bidro til at pasienten mestret sine milde depressive symptomer. Samtalene ble utført av samme hjemmesykepleier i pasientens hjem. Liknete tiltak har vært utprøvd blant brukere av seniorsentre i Norge (26). En ny norsk studie av Skatvedt og Andvig (14) peker på betydningen av nettopp enkle tiltak for at eldre med psykiske helseproblemer skal få det bedre. Pasienter og pårørende i studien til Skatvedt og Andvig (14) understreker at det er viktig med en viss pågåenhet i samtalen. Det kan tenkes at planlagte samtaler med kognitiv tilnærming slik Lamers et al. (15) foreslår, kan bidra til at pasienten og pårørende opplever samtalen som mer pågående. Skatvedt og Andvig (14) fant også at både pasientene og pårørende savnet kontinuitet i hjemmesykepleien.

Kontinuitet, som studiene over framhever, var historisk sett innbakt i hjemmesykepleien helt fra menighetspleiens tid på begynnelsen av 1900-tallet (27). Imidlertid viser en ny intervjustudie blant ledere i hjemmetjenesten (N=16) at en rekke forhold hindrer kontinuitet (28). Et forhold, som vanskeliggjør kontinuitet, er hensynet til hvilken kompetanse som kreves i de daglige oppgavene. Hensynet til hvil-

ken kompetanse som kreves for å utføre oppgaven kan bli styrende framfor hensynet til kontinuitet i pasientkontakten. Vår studie viser at man vektlegger tiltak i forhold til depressive symptomer i hjemmesykepleien, men at det er liten mulighet til å planlegge denne typen tiltak. Gautun og Hermansen (17) hevder at denne reduserte faglige friheten til å yte tilstrekkelig sykepleie, i noen tilfeller tilskrives organisering i bestiller-utførermodellen. Den reduserte faglige friheten samsvarer ikke med de oppgaver sykepleierne er satt til å utføre. Informantene i vår studie viser gjentatte ganger til tidspress og hvilken mellomposisjon de befinner seg i. Dette samsvarer med Lipskys (29) teori om bakkebyråkratene som kjennetegnes ved at de ansatte er i et krysspress mellom organisasjonens mål og krav, og pasienters ønsker. Dette fører til at ansatte ikke kan gjøre sitt arbeid på en tilfredsstillende måte. Informantene balanserer mellom presset av koken av oppgaver samtidig som de strekker seg langt for pasienten.

Til tross for krysspresset informantene arbeider under, kan man likevel etterspørre om hjemmesykepleiere reflekterer over tiltak rettet mot samfunnet, slik som utvikling av frivillig besøkstjeneste, sosiale aktiviteter, bruk av ny teknologi, utforming av bomiljøer og tiltak av mer forebyggende karakter. Litteratur og utdanning vektlegger individ- og sam-

funnsnivå (30, 31), men forskning viser at hjemmesykepleiere er mest opptatt av individnivå og mindre opptatt av samfunnsnivå (32).

Styrke og begrensninger

Informantenes brede erfaringer i hjemmesykepleie bidrar til studiens gyldighet i forhold til hjemmesykepleiere generelt. Dessuten underbygges deres utsagn av annen forskningslitteratur. Informantene arbeider i samme distrikt i en by. Imidlertid kan hjemmesykepleiere i mer landlige strøk ha en annen prioritering og organisering. Dette kan gi en annen kjennskap til pasienten og iverksetting av andre tiltak. Alle informantene er kvinner. Det er mulig at menn kunne ha bidratt med andre synsvinkler.

Informantene ble rekruttert av sin leder. Dette kan ha bidratt til at de synes det var vanskelig å avslå å delta. Imidlertid ble det vektlagt frivillighet under rekrutteringen av informantene.

Det kan stilles spørsmål ved om ti intervjuer var nok. I ettertid ser forskerne at informantenes relasjon til pasienten kunne ha vært bedre utforsket. Alle tre forfatterne har via studenter kontakt med kommunehelsetjenesten. Denne forforståelsen kan ha bidratt til en bedre utforskning av problemstillingen, men på den annen side kan det ha påvirket det vi har sett etter i analysen. For å unngå bias har

SYKEPLEIER OG PASIENT: Hjemmesykepleiere kan sette iverk tiltak når de ser at en pasient har depressive symptomer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.





SAMTALE: Nedstemte pasienter kan ha økt behov for å snakke om både alvorlige og dagligdagse ting. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

vi tenkt gjennom vår kjennskap til kommunehelsetjenesten (33), men det har også vært en styrke og mulighet til å forstå informantene bedre.

Konklusjon

Hjemmesykepleieren identifiserer pasienter med depressive symptomer ved å se etter endring i pasientens vanne mønster. Det kan være tristhet, økt behov for å snakke, dårlig personlig hygiene, rot i huset, dårlig ernæring eller endringer i kroppspråket. Kjennskap til pasienten er vesentlig for å se endringen og skille den fra andre tilstander. Hjemmesykepleier iverksetter ulike tiltak i forhold til den nedstemte pasienten. Tiltakene, som ikke er en del av pasientens vedtak om hjemmesykepleie, beskrives som «det lille ekstra». Samtaler fra dagligdagse emner til utforskning av hva pasienten «bærer på» er vesentlig i det «lille ekstra». I tillegg tas det initiativ til å utvide vedtaket, for eksempel ved støttesamtaler eller dagsenter. Hjemmesykepleieren forsøker å utføre dette «lille ekstra» ved å skyve på andre oppgaver på sin arbeidsliste. Mangelen på mulighet til kontinuitet frarøver hjemmesykepleieren en faglig frihet til å iverksette oppfølging over tid. Tiltak utover individuelle tiltak er fraværende. I en hektisk hverdag kommer hjemmesykepleien i et krysspress mellom pasienten på den ene siden og organisasjonens krav på den annen siden.

Implikasjoner

Studien peker på implikasjoner for klinikk og forskning. I klinikken er det behov for systematisk å kartlegge pasienter med depressive symptomer og iverksette systematiske tiltak både på individ og samfunnsnivå. Sistnevnte er især av forebyggende karakter. Ut fra forfatternes erfaringer er det svært lite forskningskunnskap på dette området. Videre trengs det mer forskning på hvilken kompetanse hjemmesykepleieren trenger for å identifisere den nedstemte pasienten og ikke minst utvikle kunnskap om hvordan man kan skape en god relasjon mellom pasienten og hjemmesykepleieren. Forskning på intervensjoner ved depressive symptomer, som kan utføres av hjemmesykepleier, etterlyses også. Disse forskningsområdene kan generere kunnskap både til klinikk og utdanning.

Artikkelen har tidligere vært publisert i Sykepleien Forskning nr. 3-2014. ■

Referanser:

- Eliopoulos C. Gerontological nursing. Philadelphia, Pa.: Kluwer/Lippincott; 2013.
- Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: 2010.
- Engedal K. Alderspsykiatri i praksis: lærebok (Age Psychiatry in Practice: Textbook). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2008.
- Langballe EM, Evensen M. Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet 2011.
- Statistisk sentralbyrå. Pleie- og omsorgstjenester, 2012, førebelse tal: Statistisk sentralbyrå; 2013 [Nedlastet 2013 15.12].
- Ebersole P, Hess P, Luggen AS. Towards healthy aging. Human needs and nursing response. St. Louis: Mosby; 2004.
- Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. Focus. 2009;7:118–36.
- Clark DA, Beck AT, Alford BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley; 1999.
- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
- Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes towards aging in an international sample of older adults. Gerontologist. 2008;48:593–602.
- Halvorsrud L, Kirkevold M, Diseth Å, Kalfoss M. Quality of life model: Predictors of quality of life among sick older adults. Res Theory Nurs Pract. 2010;24:241–2.
- Netuveli G, Blane DB. Quality of life in older ages. Br Med Bull. 2008;85:113–26.
- D'Atch P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attendees. I: the acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. Fam Pract. 1994;11:260–6.
- Skatvedt A, Andvig E. Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. Sykepleien Forskning. 2014;9:64–70.
- Lamers F, Jonkers CCM, Bosma H, Kempen GJMM, Meijer JAMJ, Penninx

- BJWH, et al. A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: A randomized trial. *Psychother Psychosom.* 2010;79:217–26.
17. Gautun HH. Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. FAFO, 2011.
16. Ory MG, Ahn S, Jiang L, Lorig K, Ritter P, Laurent DD, et al. National study of chronic disease self-management: six-month outcome findings. *J Aging Health.* 2013;25:1258–74.
18. Tønnessen S, Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning.* 2012;7:280–5.
19. Gjevjon ER, Eika KH, Romøren TI, Landmark BF. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *J Adv Nurs.* 2013.
20. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
21. Hummelvoll JK, Buus N, Dahl TE, Eriksson BG, Barbosa da Silva A, Jensen P, et al. Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk sundhet. København: Hans Reitzels; 2012.
22. Direktoratet for forvaltning og IKT (difi). Tilfredshet med offentlige tjenester. Innbyggerundersøkelsen om hjemmesykepleie. 2013 [Nedlastet 2013 15.12.].
23. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. 3 b. : ill. p.
24. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten (Geriatric Nursing: Good care for the old patient). Oslo: Gyldendal Akademisk 2008.
25. Catten M. Mental health issues for older people. In: reed J, Clarke C, Macfarlane A, editors. *Nursing Older Adults.* Maidenhead: McGraw-Hill; 2011. p. 251–72.
26. Boen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socioeconomic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatrics.* 2012;12:27.
27. Glavin K, Kvarme LG. Helsestøttenesten fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap. Oslo: Akribe; 2003.
28. Gjevjon ER, Romøren TI, Kjos BO, Hellesto R. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *J Nurs Manag.* 2013;21:182–90.
29. Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 2010.
30. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008.
31. Keller LO, Strohschein S, Schaffer M. Cornerstones of public health nursing. *Public Health Nurs.* 2010.
32. Glavin K, Schaffer M, Halvorsrud L, Kvarme LG. A Comparison of the Cornerstones of Public Health Nursing in Norway and in the United States. *Public Health Nurs.* 2013;31:153–66.
33. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012.

ANNONSE

ENDRING

TVIL

VOKSENÅSEN, OSLO 9.-10. SEPTEMBER 2015

EN ANNERLEDES KONFERANSE, som utfordrer skråsikkerheten. Tverrfaglig arena for refleksjon, debatt og kunstformidling, der målet er å inspirere til en bredere begrunnet praksis i det daglige.

TVIL2015 – ENDRING ønsker å belyse endringsaspektet i vår hverdag og samfunnslivet.

ARRANGØRGRUPPE:

Norsk Sykepleierforbund
Bergen Kompetansesenter for Læringsmiljø (BKL)
Dag Hammarskjöldprogrammet – Voksenåsen
Danmarks Lærerforening
Kompetansesenter Rus – Oslo
KoRus Øst
Utdanningsforbundet
Wilhelmsen Kulturformidling

www.tvil.no

Hjem med rak rygg

Seminaret «Mestring av hverdagen» er et årlig arrangement som skal gi håp, mestringsopplevelse og muligheter for kunnskapsutvikling for både brukere og fagfolk. Her er noen smakebiter fra siste samling.

Tekst **Rita Hove**, psykiatrisk sykepleier, psykoseteamet, Salten DPS

Hotellets plenumsal sitter forventningsfulle seminardeltakere. Noen er her for første gang og er engstelige og usikre på hva de har gitt seg ut på. Andre har vært her tidligere, og ser fram til dager med sosialt samvær, velværeavdeling og faglig og personlig påfyll. Praten går livlig. Foreleser er Jan Magne Sørensen fra brukerorganisasjonen Hvite Ørn. Han forteller om sin personlige bedringsprosess fra psykisk sykdom og deler med oss hva som hadde betydning for ham i denne prosessen. Dette gir deg et lite glimt inn i et av i alt ni årlige seminarer som Rehabiliteringsteam og senere Psykoseteamet ved Salten Distriktpsikiatriske Sen-

ter har arrangert for personer med psykoseerfaring.

En suksesshistorie

Hver vinter møtes 60 brukere, pårørende og fagfolk til to dager på hotell, med fokus på «Mestring av hverdagen». En av spesialisthelsetjenestens sentrale oppgaver er nettopp å gi brukere og pårørende kunnskap om den aktuelle psykiske lidelsen og hvordan den kan mestres på en god måte. Ved Salten DPS mener vi å ha fått til noe når det gjelder psykoedukasjon. Seminaret «Mestring av hverdagen» er blitt en suksess. Seminaret tilbys kostnadsfritt til deltakerne. Fra og med 2012

har vi fått til en avtale med helseforetaket om at refusjonsberettigete utgifter går direkte tilbake til arrangøren, som har forskuttet utgiftene.

Seminaret har vært fulltegnet fra første dag. Både skriftlige og muntlige tilbakemeldinger fra deltakere og forelesere har vært positive. I tillegg ser vi at deltakerne, både de som er sentrale i planlegging og gjennomføring og de som er ordinære deltakere, utvikler seg og blir tryggere.

«Deltakerne på seminaret kan utfordre seg selv i nye situasjoner og oppgaver.»

De utfordrer seg selv i større grad. På bakgrunn av erfaringene våre, sammenfatter jeg her noen grunnleggende faktorer som jeg tenker har medvirket til at «Mestring av hverdagen» kan betraktes som et godt eksempel på psykoedukasjon.

Medvirkning i alle ledd

Planlegging og gjennomføring av seminaret skjer i et nært samarbeid mellom brukere og fagfolk. Slik får seminaret en større treffsikkerhet i forhold til tema og ikke minst vinklingen på tema. Opplevelsesperspektivet og refleksjonen blir sentral, og det legges mer vekt på å stille gode spørsmål enn på å komme med svarene. Deltakerne blir utfordret til å gi hverandre innspill på mulige løsninger.

I praksis har en ressursgruppe bestående av seks brukere og to ansatte ved teamet stått for planleggingen av det faglige innholdet. De har valgt forelesere og stilt relevante spørsmål til temaene. De har styrt innholdet i ønsket retning.

Brukerne er med i planleggingsprosessen. Dermed får de også et ansvar for det ferdige resultatet.

Tørre å gi slipp

Da vi startet opp med seminarene var vi som fagfolk opptatt av å ha kontroll

på alle deler av prosessen. Aktiv brukermedvirkning førte derimot til at vi måtte slippe noe av denne kontrollen. Et eksempel er valg av tema for seminaret; dette skjer nå med utgangspunkt i evalueringer fra året før og forslag fra ressursgruppen. Gruppen står fritt i det endelige valget, og vi som fagfolk har samme mulighet som alle andre til å påvirke, gjennom å levere forslag til ressursgruppen.

Aaron Antonovskijs tenkning omkring helsefremmende prosesser har vært viktig for oss. Han skriver i boken «Helbredets mysterium» om opplevelsen av sammenheng, med meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet som sentrale forutsetninger for mestring. Vi tenker at kunnskapen som formidles og forløses gjennom seminaret nettopp øker brukernes opplevelse av sammenheng og bidrar til mestring av egen sykdom.

Håp og mestring

Deltakerne på seminaret kan utfordre seg selv i nye situasjoner og oppgaver. For noen er det å være til stede under forelesningene utfordrende nok. Andre går fra å være passive tilhørere til å bli aktive bidragsytere i diskusjoner, og noen legger fram gruppearbeid i plenum. Andre deltar i praktiske oppgaver; registrerer deltakere eller tilrettelegger for sosiale arrangement. For noen kan det være et mål å bli konferansier for seminaret.

Respekt og håp formidles på ulike måter i løpet av de to dagene vi er samlet. Foreleserne formidler muligheter og håp gjennom sine framlegg og gjennom sine liv slik de presenterer seg. Gode felles opplevelser skaper glede og håp. Vi har også presentasjon av «Årets profil». Det er personer som på tross

av eller på grunn av sin psykiske lidelse har bidratt betydelig til det menneskelige fellesskapet, som malere som Van Gogh og Bendik Riis, forfattere som Olav H. Hauge eller musikere som Brian Wilson og Roky Erickson.

Forvalte kunnskap

I kunnskapsbasert praksis integreres erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og evidensbasert kunnskap. For oss som fagutøvere har samarbeidet med brukerne økt vår bevissthet omkring ulike typer kunnskap og anerkjennelsen av brukerkunnskapens sentrale betydning. Det har også bidratt til økt forståelse og respekt for de opplevelser og erfaringer som brukerne har med seg. Patricia Deegan (2005) beskriver i en kvalitativ studie det hun kaller for «personal medicin»; alt det som den enkelte selv gjør for å håndtere hverdagen med sin sykdom og de ressursene vedkommende har til disposisjon. Å gi deltakerne respekt og anerkjennelse for deres anstrengelser med å håndtere hverdagen med en alvorlig psykisk lidelse har vært og er uvurderlig.

Fagutøvere besitter gjennom utdanning og praksis både erfaringsbasert kunnskap og evidensbasert kunnskap. I møtet med brukerne bidrar vi med kunnskap om psykiske lidelser, men også kunnskap om hvordan vi kan legge til rette for deltakelse, hvordan vi kan skape et trygt lærings-

miljø, kommunisere på en god måte og finne balansen mellom ivaretagelse, trygghet og forutsigbarhet på den ene siden og utfordring og positiv risiko på den andre siden.

Annerkjenne innsats

I denne gjensidige utvekslingen av kunnskap opplever vi at både brukere og fagfolk får utvidet sin forståelse. Man kan på mange måter si at ny kunnskap etableres. Forelesernes presentasjon av sin brukererfaring har stor betydning for seminardeltakerne. De kjenner seg ofte igjen i deres erfaringer. Å beskrive psykotiske opplevelser kan for mange være vanskelig. Da kan det være godt å høre andre sette ord på felles erfaringer der man selv mangler ordene. Forelesere som Arnhild Lauveng, Jakob Margido Esp, Susan Hartkopf og Runa Øvland blant flere har greid dette på en veldig bra måte. I tillegg har vi forelesere som setter disse erfaringene inn i en faglig forståelsesramme, og belyser dermed fenomener og prosesser fra et faglig perspektiv.

Et av våre hovedmål har hele tiden vært at deltakerne skal dra fra seminaret med hodet høyere hevet enn da de kom, at de skal erfare å bli møtt med respekt for den situasjonen de står i og anerkjennelse for den betydelige innsatsen de gjør for å mestre hverdagen. Når deltakere året etter ønsker å invitere med seg familien tar vi det som et tegn på at vi langt på vei har lyktes med dette. ■

Referanser:

- Antonovskij, A. (1987?). Helbredets mysterium, Hans Reitzels Forlag.
- Deegan, P. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities.
- Kunnskapsbasertpraksis.no



Illustrasjon: Colourbox

Opplever å bli sett

Jan Viggo og Eivind har vært med på Sulisseminaret flere ganger. Vi har bedt dem om å dele sine erfaringer med oss.

Tekst **Mona Jæger Lyngmo**, rådgiver, Lærings- og mestringssenteret, Nordlandssykehuset

Eivind starter med å fortelle at det å møte andre som har vært i psykose, har vært veldig viktig for ham fordi det er betryggende å vite at også andre rammes av samme sykdom og at man ikke er alene. Det er mulig å bli bedre, og det å møte folk som har vært, eller er syke, men som likevel har suksess med det de gjør, gir håp.

– Jeg ønsker å komme tilbake på seminar når jeg er ferdig utdannet, for å hjelpe andre til å se at det går an, sier Eivind.

Jan Viggo forteller at han har lært mye om seg selv gjennom tilbakemeldinger fra fagfolk og andre brukere. Og han opplever noen ganger at han anerkjenner brukernes kompetanse mer enn fagfolkene.

– For meg har det vært veldig bra å møte folk som forstår og vet hva jeg snakker om. Før jeg kom til Sulisseminaret, var sykdommen noe verken jeg eller familien snakket om, sier Jan Viggo.

Annerledes tilbud

Det å reise vekk og bo på hotell med full oppdekking, som et hvilket som helst annet seminar for folk som er i arbeidslivet, gjør dette tilbudet annerle-

des. Sulisseminaret er et kontaktpunkt samtidig som det er et informasjonspunkt. Det blir en setting som er helt annerledes enn bare å komme på kontoret til en behandler. Her får deltakerne muligheten til å være sammen mye lengre. Og her kan de drøfte problemene med en gang de oppstår.

– Hvis man for eksempel får angst, har man mulighet til å ta tak i det der og da – sammen med behandleren. Jeg har blitt bedre kjent med behandler, noe som gjør at jeg føler at vi kan stole mer på hverandre og det blir lettere å prate sammen, sier Eivind. Han legger til at når en er i terapi, kan psykotiske symptomer oppleves så svake at det ikke føles viktig å snakke om det der og da. Men senere på dagen – når man er mer til stede – kan en spørre seg selv hvorfor man ikke tok det opp i terapitimen. Når vi er i Sulis, har vi en større mulighet til å komme på det vi ønsker å snakke om. Jeg skulle ønske at Sulisseminaret var oftere – flere ganger i året!

– Her har jeg fått vist mer av meg selv, og fått mer feedback på hvem jeg er og hva jeg er flink til. Og det har vært veldig bra for meg, sier Jan Viggo. For ham har det vært et paradigmeskifte å



JAN VIGGO: Opplever at seminaret har påvirket forholdet til behandlere på en positiv måte.



EIVIND: Ønsker at Sulisseminaret arrangeres oftere – gjerne flere ganger i året.

komme på Sulisseminaret, fordi det å møtes på en slik måte er utrolig effektivt og virker normaliserende.

– I tidligere behandling har jeg sjeldent følt meg hørt, sett eller forstått. Men hos Psykoseteamet føler jeg meg respektert. Her er brukermidvirkningen virkelig på plass, sier han.

Påvirket samarbeidet

Både Jan Viggo og Eivind er enige om at Sulisseminaret har påvirket forholdet til behandlerne deres veldig positivt. Jan Viggo har en klar opplevelse av at behandleren hans har en mye større mulighet til å se hvem han faktisk er på denne måten. Og at behandleren derfor kan tilpasses og bli mye mer riktig.

– Det er jo varige forhold man får med både andre brukere og fagfolkene. Og båndene blir jo sterkere fra år til år, skyter Eivind inn. Det å sitte og snakke sammen med behandlere og andre brukere i et boblebad er ganske unikt, og det bidrar til normalisering. Du blir møtt på egne premisser – og spurt om hva DU har lyst til å gjøre. Når jeg får fylt hverdagen med positive ting, blir

livet lettere og det kan også bidra til reduksjon i medisiner. Og det er jo veldig bra, sier Eivind.

Åpenhet rundt sykdommen

På spørsmål om seminaret bidrar til større åpenhet rundt psykisk sykdom, svarer både Eivind og Jan Viggo ja. Siden de selv er en del av et samfunn som kanskje ser på psykisk syke som ressursvake og dumme, vil de jo ikke

«Hos Psykoseteamet føler jeg meg respektert.»

bli definert som en del av denne gruppen. Så det å treffe andre som individer og ikke som kategori er derfor viktig og bidrar til åpenhet, mener de.

– Det kunne vært helsefremmende å starte en facebookgruppe for oss som deltar på Sulisseminaret, men her tror jeg vi har litt vei igjen å gå når det gjelder åpenhet og egne holdninger. Noen tenker kanskje at

det kan bli vanskelig for da blir de identifisert, sier de.

Jobber med holdninger

På Sulisseminaret får fagfolk sett deltakerne som hele mennesker, og ikke bare i timesintervall der man bare presenterer en bit av deg selv, mener Eivind og Jan Viggo. De opplever selv at fagfolkene ved Psykoseteamet ser på dem som mennesker og ikke bare som pasienter.

– Dette normaliserer holdninger til oss, sier de.

Jan Viggo understreker at det må jobbes mer med holdninger. At man ikke skal si seg fornøyd med at det er bra nok.

– Det kan hele tiden bli bedre og større bevissthet rundt det at vi er folk og ikke kategorier. Jeg vil trekke frem «regelen» som sier at fagfolk ikke kan være venner med brukere på Facebook. Dette er noe som henger igjen fra gammelt av og gjør at vi ikke føler oss på likefot.

Jan Viggo avslutter med å si at Sulisseminaret har vært helsefremmende for hans del. Eivind drar et rim til slutt «Hiv dæ med, uansett kor gal du e, det er verd det!» ■

STØRRE ÅPENHET: Å møte andre som individer og ikke som kategori er viktig. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Landskonferanse innen psykisk helse og rus

3.–5. juni, Drammen



Landskonferansen for SPoR 2015

SPoR Oslo og landsstyret i SPoR inviterer til landskonferanse innen psykisk helse og rus 2015, 3.–5. juni, First Hotel Ambassadeur, Drammen.

Har du saker du ønsker å fremme eller dele?

Kom med innspill under frie foredrag.

Her inviteres deltakerne til muntlige innlegg med 20 min + 5 min spørsmål (totalt 25 min).

Onsdag 3. juni, klokken 16.00–18.00.

Temaet er «Sykepleie innen psykisk helse og rus».

Vi ønsker innlegg om fagutviklingsarbeid, forskningsprosjekt og gode eksempler fra praksis innen fagfeltet psykisk helse og rus. Abstract om fagutviklingsarbeidet/ forskningen kan ha inntil 250 ord.

Abstractet skal deles i:

1. Tittel
2. Navn på forfatter(e) Etternavn/ initialer/adresse/ e-postadresse til førsteforfatter
3. Formål/ hensikt med fagutviklingsarbeidet/ forskningen
4. Metode
5. Resultat
6. Konklusjon
7. Nøkkelord

Abstract sendes: Kurt Lyngved:
kurt.lyngved@gmail.com
innen 01.05.15

Det er kun elektronisk påmelding. Vi ber om at abstraktene skrives i Word.

Poster: Har du/dere et prosjekt, et behandlingstilbud eller fagutviklingsarbeid dere ønsker å formidle via en posterpresentasjon under landskonferansen?

Poster sendes: Siw Elisabeth Olsen:
siweli@me.com
innen 01.01.15

ONSDAG 3. JUNI FORSKNINGSEMINAR

12.00	Åpning Velkommen ved Kurt Lyngved, leder SPoR Kulturelt innslag
12.15	Creativity in Recovery. Stephanie Ventling
13.15	Pause
13.30	Recovery, å leve i en prosess. Pål Berger
14.15	Pause
14.30	Utdeling av Marie Lysnes stipend
14.45	Opplevelser av håp for mennesker som er brukere av kommunale psykisk helse- og rustjenester. Knut Tore Sælør
15.30	Pause
16.00	Parallele sesjoner Frie foredrag. Sykepleie innen psykisk helse og rus
18.00	Avslutning av fagprogrammet
19.00	Tapas

TORS DAG 4. JUNI

08.30	Registrering
10.00	Velkommen ved Liv Bech Johannesen leder av SPoR Oslo, Jon Storaas, RIO og Inger Hagen LPP Oslo og PIO-senteret En hilsen fra SPoR sentralt
10.30	Livskvalitet – «når sykepleie redder liv». Finn Nordtvedt
11.15	Pause
11.30	Dødelighet og somatisk sykdom hos personer med psykoselidelser. Ingrid Dieseth
12.15	Lunsj

13.15	Parallele sesjoner A1 Livskvalitet/helse på gata ved sykepleie på hjul og uteseksjonen. Ola Svantorp Tveiten og Marte Derås A2 Livskvalitet fra en brukers perspektiv. Børge Jensen A3 Pårørendes ulike roller – hvordan mestre dette i hverdagen? Anne-Grethe Terjesen
14.00	Pause
14.15	Parallele sesjoner B1 Mennesket – en halvåpen dør. Susanne Engell B2 Barn av psykisk syke foreldre. Ole Dragvold, Elisabeth Jølstad Hilde og Gunhild Årskog Lauritsen B3 Kunnskapsbasert familiesamarbeid ved psykose og andre alvorlige psykiske lidelser. Inger Stølan Hymer
15.00	Pause
15.15	Livskvalitet ved samtidige lidelser. Hva kan sykepleiere bidra med? Stian Biong
16.00	Musikalsk innslag ved Aschmirthan Sivaranjan
16.30	Årsmøte SPoR
19.30	Sangeria og aperitiff
20.00	Middag med humoristisk alvorlig innslag ved Jon Schau

FREDAG 5. JUNI

09.00	Åpning av dagen ved faggruppen Kulturelt innslag
09.15	Psykose – er det ulike utfordringer mellom by og land. Petter Bugge
10.10	Pause
10.15	Morgendagens helse. Kåre Hagen
11.00	Pause
11.15	Sammenvevde liv. Bente Weimand
12.00	Kulturelt innslag, poesi Lars Poverud
12.15	Lunsj
13.00	Mennesker trenger... .. Rita Nilsen/Retretten
13.45	Pause
14.00	Hva er viktig for god psykisk helse og for god livskvalitet? Og hvordan ønsker unge å bli møtt i hjelpesystemene? Unge proffer fra Forandringsfabrikken formidler egne erfaringer og råd
14.45	Avslutning av konferansen
15.00	Takk for nå og vel hjem

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Tid/sted:	3.–5. juni 2015, First Hotel Ambassadeur, Drammen
Påmeldingsfrist:	15. mai Påmelding etter 15. april et gebyr på kr 1000,- Påmelding etter 15. mars påløper et gebyr på kr 500,-
Deltakeravgift:	Forskningsseminar onsdag 03. juni 2015 kr 1650,- Landskonferansen 04. – 05. juni 2015 Deltakelse begge dager: Kr 2900,- Dagspakke torsdag eller fredag: Kr 1700,- I deltakeravgiften inngår faglig program, kaffepauser, lunsj torsdag og fredag Tillegg til deltakeravgiften for ikke-medlemmer i SPoR kr 500,- Tillegg til deltakeravgiften for ikke-medlemmer brukerorganisasjoner kr 500,- (oppgi rabattkode: bruker)
Sosiale arrangement:	Tapas onsdag kveld: kr 350,- Festmiddag torsdag: Kr 495,-
Kontaktinformasjon:	E-post: espengrolland@gmail.com Tlf: 40 84 29 41

For ytterligere praktisk informasjon (bestilling, betaling, overnatting, avbestilling og annet), gå inn på hjemmesiden til faggruppen <https://www.nsf.no/faggrupper/psykisk-helse-og-rus>

Idas dagbok

Idas dagbok er en dokumentarfilm om håp og mot. 13. mars skal den vises den på lokalgruppelederkonferansen til NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Da skal også et videre samarbeid mellom filmskaperne og SPoR utformes.

Tekst **Karianne Berge**, linje-produsent og formidlingsansvarlig Idas Dagbok/Indie Film

LAGET VIDEODAGBOK: Ida Storm (28).
Foto: Nils Petter Devold.

2010 sendte Ida Storm (28) sin uredigerte videodagbok til oss i Indie Film, med et håp om at den kanskje kunne hjelpe andre i samme situasjon som henne.

Ida er diagnostisert med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline). De siste åtte årene har hun laget en videodagbok for å roe sinnet sitt og strukturere tankene sine. Gjennom dagboken hennes får vi et unikt innblikk i en verden preget av frykt og angst, men også full av hverdagsseiere og selverkjennelse.

Idas dagbok er en film om håp og mot. En film om å finne sin egen identitet og om å tørre å leve.

Ida plukket opp kameraet sitt en gang i 2006, mens hun var innlagt på en psykiatrisk avdeling. Hun vendte kameraet mot seg selv og begynte å snakke. Kameraet gjorde henne mindre ensom og har også blitt et utløp for kreativitet og lek. I 2010, etter en vellykket behandling vurderte Ida å slette alle filmene sine.

Hun viste de tilfeldigvis til en venninne, som sa hun ikke måtte slette de, at disse og hennes historie kunne hjelpe mange. Venninnen kjente en dokumentarfilmskaper hun kunne sette Ida i kontakt med, og sånn kom minnepinnen til oss.

Å motta filmene til Ida ble en sterkt emosjonell opplevelse for regissør August B. Hanssen. Ida har, som en konsekvens av sykdommen sin, selvskadet i flere år, noe som også kom fram i filmene. Det var nærmere 50 timer med dypt personlig materiale som møtte August, og i det fant han noe helt unikt. Det som umiddelbart tiltrakk August ved filmene var Idas viljestyrke. August beskriver Ida som et av de modigste menneskene han har møtt. Til tross for at Idas liv har vært

fylt av emosjonelle svingninger og utfordringer som er de færreste av oss forunt, så har Ida en fantastisk humor, en misunnelsesverdige utholdenhet og en dyp omtanke for sine medmennesker.

Langt fra alene

Studier av den mentale helsetilstanden i Norge viser at omkring 10 prosent av alle tenåringer har utført eller villet egenskade i løpet av de siste ti årene. Med tanke på alle pårørende til disse tenåringene rammer dette mange. Og selv om stadig flere er åpne om tematikken er det likevel veldig tabubelagt, noe Ida har følt sterkt på. Ida har selv sagt til oss at hun gjerne kunne ønske at hun fikk se en sånn film da hun var 10 år, da hun begynte å skade seg. Ida skamma seg mye, og hun visste ikke hva hun slet med eller hva hun kunne gjøre. Hun trodde hun var alene om å ha det sånn og visste ikke at det fantes tusenvis av mennesker som slet med det samme.

Selvskading defineres som et symptom, eller uungåelig konsekvens av mer alvorlige psykiske lidelser, og psykolog Svein Øverland har uttalt at det er like

at folk bedre kan forstå og snakke om disse problemstillingene på en fruktbar måte.

Et samfunnsperspektiv

Inspirert av Idas ønske om å hjelpe andre i tilsvarende situasjon, har vi de siste årene reist rundt for å lære mer, engasjere og opplyse om filmprosjektet i fagmiljøer som arbeider med ungdom. Høsten 2013 fikk jeg kontakt med Kurt Lyngtvet i SPoR, noe som førte til et veldig spennende møte med faggruppen våren 2014. Jeg var ganske spent på sykepleiernes faglige reaksjon og jeg møtte et overveldende engasjert rom av kunnskaps- og erfaringsrike personer som delte historier og meninger om hvorfor filmen vår var viktig, og hvordan den kunne nyttiggjøres. Det ble en utrolig tilførelse av energi, kunnskap og erfaring til det videre arbeidet med filmen.

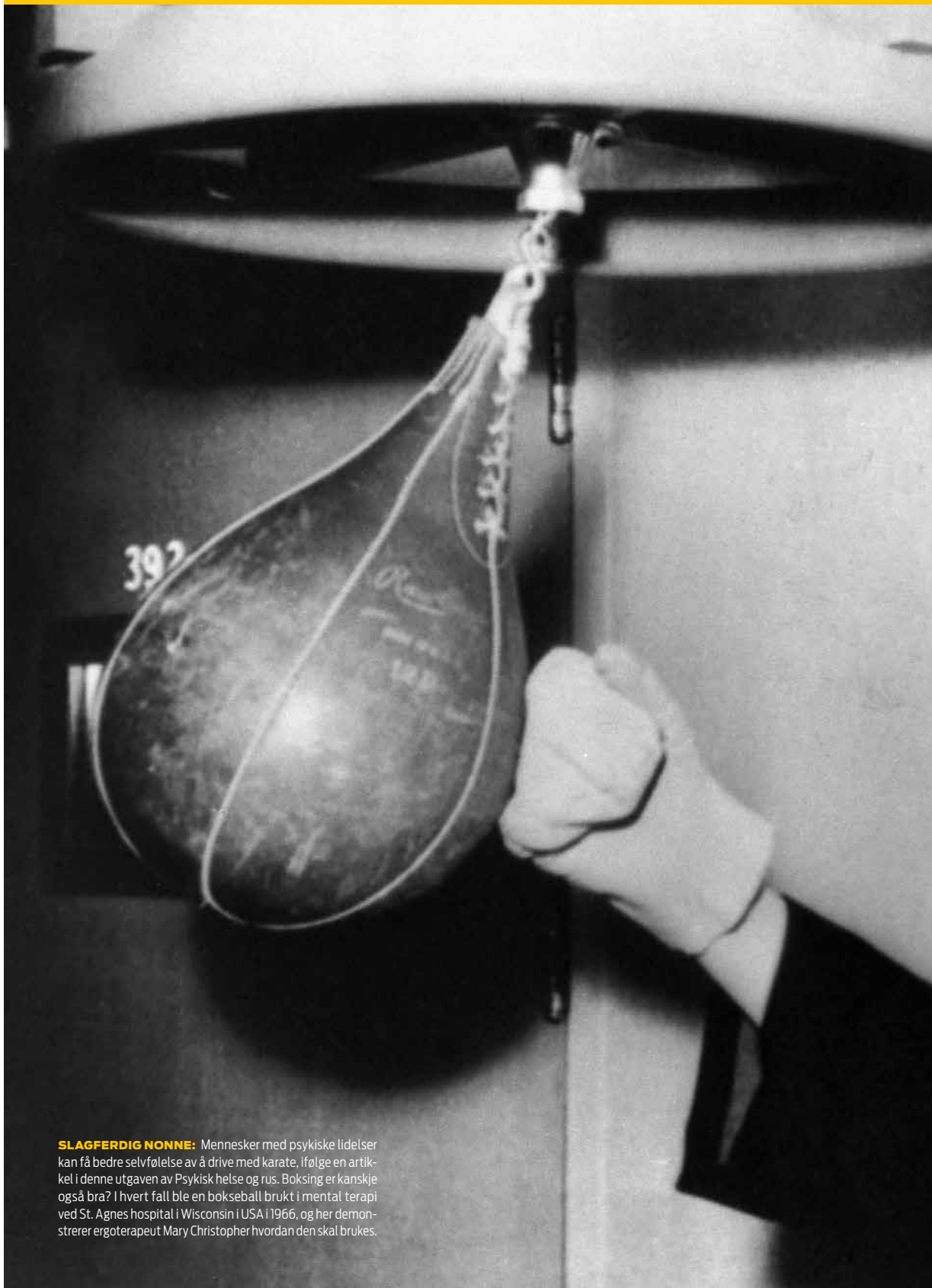
SPoR og Kurt Lyngtvedt har lagt vekt på at et slikt samarbeid mellom oss gir mulighet til å kommunisere og belyse ulike perspektiver gjennom filmen. Kurt har også påpekt at selvskading er veldig aktuelt og veldig berørende først og fremst for den som utfører handlingene,

«Selv skulle jeg ønske at jeg fikk se en sånn film da jeg var 10 år.»

mange grunner til at folk skader seg, som det er folk som skader seg. August fant det derfor lite hensiktsmessig å fokusere på Idas selvskadingen alene. Vi har ønsket å lage en film som fokuserer mindre på hvorfor mennesker velger å skade seg eller hvorfor de lever med mentale utfordringer. Vi ville heller fokusere på hvordan det faktisk føles å leve et liv som Idas. Gjennom dette perspektivet håper vi at filmen kan bidra til å bekjempe fordommer og bidra til

men også for sykepleiere og annet helsepersonell som står i disse utfordrende situasjonene. Det er holdningsmessig utfordrende, men ikke minst krever det kunnskap basert på fag og erfaring.

Vi skal igjen møte SPoR den 13. mars for å videreutvikle de første ideene om et formidlingsopplegg rundt filmen og/eller sekvenser fra filmen, og hvilke foraer som kan ha nytte av dette. Ved interesse for filmen er det bare å ta kontakt med Kurt Lyngtvedt i SPoR eller meg i Indie Film. ■



SLAGFERDIG NONNE: Mennesker med psykiske lidelser kan få bedre selvfølelse av å drive med karate, ifølge en artikkel i denne utgaven av Psykisk helse og rus. Boksing er kanskje også bra? I hvert fall ble en bokseball brukt i mental terapi ved St. Agnes hospital i Wisconsin i USA i 1966, og her demonstrerer ergoterapeut Mary Christopher hvordan den skal brukes.



Karate som virkemiddel i bedringsprosessen

Hvordan påvirker karate og sosial ferdighetstrening selvfølelsen til personer med psykiske lidelser?

Av **Trond Grønnestad**, PhD-stipendiat, Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger

Kari Vevatne, PhD, instituttleder ved Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

denne artikkelen presenteres en kvalitativ studie der vi undersøker hvordan et kurs i karate og sosial ferdighetstrening påvirker selvfølelsen til personer med psykiske lidelser.

Flere studier viser at personer med psykiske lidelser har lavere selvfølelse enn den øvrige befolkningen (Cham-bon & Marie-Cardine, 1998). Dalgard (2007) fant at liten tro på egen mestringsevne er en medvirkende årsak til både lav utdannelse og psykiske lidelser. Selvfølelse og tro på egen mestringsevne er viktige faktorer for god helse (Antonovsky, 2000). I en kort gjennomgang av noen av landets kommuner

og helseforetak vektlegges brukermedvirkning og viktigheten av at brukeren skal føle seg respektert og ivaretatt, men det er lite fokus på økt selvfølelse som mål for behandling og oppfølging.

Foreningen Mental helse samarbeider med en kommune og en karateklubb om et prosjekt hvor man kombinerer sosial ferdighetstrening med karatetrening. Karate ble valgt fordi man ønsket at deltakerne skulle få økt selvfølelse ved blant annet opplevelse av økt kroppskontroll og mestring (Foster, 1997). Sosial ferdighetstrening var tenkt som et middel til å gjøre karatetreningen tilgjengelig for deltakerne ved at de

Sammendrag

Bakgrunn: Flere studier har vist at personer som lider av mentale lidelser har lavere selvfølelse og mindre tro på egen mestring enn den øvrige befolkningen, noe som leder til redusert livskvalitet og økning av psykiske plager. Sosial ferdighetstrening øker selvfølelsen til deltakerne og enkelte studier har også vist at karatetrening kan ha den samme effekten. Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan et treningsprogram hvor sosial ferdighetstrening kombinert med karate påvirker selvfølelsen til deltakere med psykiske lidelser. Studien er kvalitativ, og åtte personer som hadde gjennomført et slikt treningsprogram ble intervjuet i et fokusgruppeintervju. Samtlige av deltakerne viste til økt selvfølelse, redusert skamfølelse, sterkere identitetsfølelse og økt mestring i hverdagen. Dette resulterte i en økt grunntrygghet, som igjen ga større frihet i hverdagen. Karate og sosial ferdighetstrening kan derfor vise seg å være et viktig bidrag i bedringsprosessen.

Nøkkelord: fokusgruppeintervju, mestring, skam, trygghet

Abstract

Karate as a means in the recovery-process

Background: How does karate and social skills training

affect self-esteem in persons with mental illness? Several studies have showed that persons with mental illness generally have lower self-esteem than the rest of the population. Low self-esteem and doubts about personal mastery reduce quality of life and increase mental illness symptoms. Numerous studies have also showed that social skills training increases self-esteem, and a few studies have indicated that karate can have the same effect. The purpose of this study was to examine how a training program consisting of social skills training combined with karate, affects the self-esteem of people with mental illness. It is a qualitative study where eight participants who have been through a program of social skills training and karate, were interviewed in a focus group. All had increased their self-esteem, experienced less shame, got a stronger identity feeling, and a feeling of increased personal mastery. This had resulted in a feeling of stronger basic security, which again led to more freedom in their daily lives. Karate combined with social skills training may therefore prove to be a positive contribution to the patient's recovery.

Key words: basic security, focus group interview, mastering, shame



FLYTTET GRENSE: Den strenge strukturen i treningen fikk deltakerne til å utføre handlinger de aldri ville ha prøvd på hvis de hadde hatt mulighet til å velge det bort. Illustrasjonsfoto: Colourbox

ble tryggere på hverandre og lærte å kommunisere på en mer hensiktsmessig måte.

Treningen foregikk i lokalene til karateklubben. Første del av kursdagene besto av en time sosial ferdighetstrening etter modell av Libermann (1989).

Undervisning og rollespill ble brukt for å demonstrere og innøve nye ferdigheter innen verbal og non-verbal kommunikasjon, positiv selvhevdelse, hvordan starte en samtale, hvordan holde en samtale ved like og hvordan avslutte en samtale?

Andre del av kursdagene besto av karatetrening i den tradisjonelle japanske stilarten Shotokan, hvor streng disiplin, høflighet og respekt er sentrale elementer. Ferdighetsnivå i karate markeres med belter i ulike farger. Deltakerne i denne studien har fulgt et ni måneders treningsprogram som leder fram til det første beltet som er gult. Beltene gjør at sosiale skiller utviskes. Her spør man ikke etter tittel, men farge på beltet, og det er opp til den enkelte å tilegne seg nytt belte og stige i rang. De som ønsker det kan etter avsluttet kurs fortsette som ordinære medlemmer i karateklubben.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan et treningsprogram hvor sosial ferdighetstrening kombinert med karate påvirker selvfølelsen til deltakere med psykiske lidelser.

Tidligere studier

Det har vært gjennomført flere studier som dokumenterer effekten av sosial ferdighetstrening. Chambon,

Marie-Cardine og Dazord (1996) påviste økte kognitive og instrumentelle ferdigheter. I en tilsvarende studie fastslo Liberman, DeRisi og Mueser (1998) at virkningen av sosial ferdighetstrening var både økt sosial fungering og økt selvfølelse. I en senere studie fant Kim (2003) at selvfølelsen økte, men at økningen var størst når sosial ferdighetstrening ble kombinert med fysisk aktivitet. Den positive effekten av fysisk aktivitet er godt dokumentert innenfor de fleste psykiske lidelser (Martinsen, 2000). De siste 15 årene er det utført sporadiske forsøk med orientalsk kamp-

«Selvfølelsen til deltakerne var i utgangspunktet skjør.»

sport som supplement til annen behandling ved både somatiske og psykiske lidelser. I en klinisk studie av Weiser, Kutz og Weiser (1995) ble karatetrening kombinert med psykoterapi. Studien viste at selvfølelsen økte hos deltakerne. I en annen studie der ungdommer med epilepsi fikk et ti ukers kurs i karate, ble det også påvist økt selvfølelse (Conat, Morgan, Muzykewich, Clark, & Thiele, 2008).

Metode

I denne studien søker vi innsikt i andres opplevelser og erfaringer, noe som gjør kvalitativ metode relevant. Kvalitativ metode egner seg til å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 1986). «The interest in qualitative designs is directed toward discovering or



uncovering new insights, meanings, and understandings» (Brink, 1989, s. 163).

Det er gjennomført fokusgruppeintervju for å samle kvalitative data som omhandler selvfølelse. Fokusgrupper er en forskningsmetode der et mindre antall personer som har kunnskap eller erfaring med forskningstemaet, bringes sammen til en gruppediskusjon om temaet det fokuseres på (Halkier, 2005).

Selve gruppeinteraksjonen kan avdekke forhold som det ville vært vanskelig å få frem under individuelle intervjuer. Fokusgruppeintervju er spesielt egnet innenfor helseforskning hvor komplekse kliniske spørsmål oftest best utforskes gjennom kvalitative tilnærminger og involverer områder som følelser og erfaringer (Morse, 1994). I hverdagen foregår betydningsdannelser hele tiden som en del av våre erfaringer. En stor del av disse erfaringene opplever vi som så selvfølgelige at de ikke verbaliseres, men blir til taus kunnskap. I fokusgrupper kan man i interaksjonen mellom medlemmene få brakt fram og verbalisert denne kunnskapen.

Utvalg

For å få størst mulig bredde på utvalget ble det plukket ut to personer fra deltakerlister til kurset de fire siste årene. Til sammen åtte personer deltok i studien basert på følgende inklusjonskriterier; personer med psykiske lidelser som har gjennomført kurs i sosial ferdig- hets- trening og karate, og som har klart å gradere seg til minimum gult belte i karate. Personene må være i en stabil fase slik at de kan fungere i en fokusgruppe, og de må ha evne til å uttrykke seg verbalt.

Innsamling og analyse av data

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med samme gruppe. Da det første intervjuet var gjennomført, ble opptaket transkribert og foreløpig analysert. Det ble så gjort et nytt intervju hvor deltakerne fikk mulighet til å korrigere den foreløpige tolkningen og

utdype temaene. For å øke troverdigheten ble begge intervjuene tolket sammen med en forskningsassistent. Teksten er kategorisert til fem meningsenheter med ulike undertema (Kvale, 2001), og den er analysert ifølge en hermeneutisk tradisjon. Hermeneutikkens domene er meningsfulle fenomener som handler om menneskelige aktiviteter og produkter av disse aktivitetene. Gadamer vektlegger sannheterfaring som betyr at sannheten finnes i horisontsammensmeltningen mellom tekst og tolker. Innen hermeneutikken er den hermeneutiske spiral sentral, som er samspillet mellom helheten og delene (Gadamer, 2007).

Meningsinnholdet i intervjuene ble kategorisert i fem hovedtemaer. Tabell 1 viser eksempel på hvordan et slikt hovedtema (trygghet) kom frem i analysen. (Se tabell 1.)

Forskningsetiske vurderinger

Studien er gjennomført i tråd med forskningsetiske prinsipper nedfelt i Helsinki- deklarasjonen (2000). Den er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion vest (REK vest) og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Funn

De fem temaene trygghet, mestring, identitet, skam og selvfølelse presenteres her med eksempel på sitater som underbygger tolkningen.

Trygghet

Deltakerne opplevde økt trygghet på flere arenaer. Livet for deltakerne har i stor grad bestått i å være utrygge og usikre innenfor en rekke forskjellige livsområder. Da de beskrev endringene, fikk vi inntrykk av hvordan de egentlig har hatt det. Deltakeren i sitatet under var så utrygg at hun ønsket å være usynlig:

Det har hjulpet meg å bli synlig, for det går ikke an å gjemme seg når du trener karate. Du er nødt til

TABELL 1: Matrise som viser hvordan vi kom fram til temaet trygghet.

Meningsenheter	Meningsfortetning	Undertema	Tema
Du føler deg liksom mer trygg, at du mestrer noe og at du får en god trim. Bare det jeg føler for å gå turer nå og få enda mer trim, samt at du gjør noe som kroppen har godt av.	Jeg er trygg nok til å prøve ut nye oppgaver som gir meg mestringsopplevelse.	Mestringsfølelse	Trygghet
Tidligere var jeg livredd for å si noe til forsamlings- ger. Sånn som før jeg begynte kunne jeg aldri ha sittet her heller for eksempel, men nå i høst så snakket jeg for... Kan vel egentlig si at for ett år siden så var det totalt utelukket for min del, for jeg skulle være usynlig. Nå tør jeg vise at jeg er her, altså ikke sånn at jeg breier meg ut, men at jeg tar den plassen jeg har rett på.	Nå tør jeg være synlig og ta den plassen jeg har rett på.	Selvhevdelse	Trygghet



KREVENDE: Karate utfordrer deltakerne både når det gjelder sosial ferdighetstrening og fysisk aktivitet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

å vise deg, og du er nødt til å gjøre det du får beskjed om, sånn som hun med KIAI (et rop man bruker under trening), du er nødt til å si KIAI. I begynnelsen var det liksom kiai.

Den strenge disiplinen gjorde at hun var «nødt» til å gjøre det hun fikk beskjed om og derfor kunne hun ikke «gjemme» seg. Treningen ga henne, som ville være usynlig, trygghet til å bli synlig. Ikke bare den strenge disiplinen, men også følelsen av akseptasjon i gruppen skapte trygghetsfølelse:

Det som er litt godt med å gå her, er at vi alle har hver vårt, men allikevel så gjør vi noe felles som liksom ... Vi blir jo bare mer og mer trygge på hverandre. Vi trenger ikke gjemme oss bak ei maske, men kan være den vi er. Vi trenger ikke unnskyldte oss eller noen ting – vi er den vi er her.

Det virker som treningen skapte en trygghet som de merket som endringer i kroppen:

Har forandret kroppsholdning siden jeg begynte. Før var jeg veldig lutrygget, mens nå er jeg rakere og senker skuldrene litt mer enn jeg gjorde før, klarer å slappe mer av.

Flere av deltakerne fortalte at på grunn av den økte trygghetsfølelsen, gjorde de nå ting på egen hånd som de tidligere ikke hadde tur:

Har merket at jeg ikke er så redd lenger. Har blitt mer tøff. Å gå turer og sånn å gå alene i mørket. Det har jeg

merket at jeg har ikke den angsten; «kommer det noen bak meg»? Har bedre selvtillit.

Mestring

Deltakerne uttrykte at den strenge strukturen i treningen fikk dem til å utføre handlinger de aldri ville ha prøvd på hvis de hadde hatt mulighet til å velge det bort. Strukturen overtok for viljen deres for en periode, og når de da klarte oppgaven, ga dette en mestringsfølelse. Gjennom karatetreningen overskred deltakerne også egne intimitetsgrenser, og dette opplevde de som mestring:

«De ble mer interessante for omgivelsene.»

Bare det å stå foran en person og så se den inn i øynene og ikke skade, men allikevel gjøre en øvelse mot den personen. Det har vært trening nok for å si det sånn. Det har vært mestring.

Samholdet var viktig. Deltakerne ønsket alle å bestå prøven til det gule beltet, og de skulle klare det sammen. Det var en stor opplevelse å klare graderingen, og den ble forsterket av at de opplevde det sammen:



Du har et samhold her som gjorde at vi skulle klare det alle sammen. Og når vi gjorde det, så var det sånn, Yesss! Jeg gikk hjem til naboen og sa at nå har jeg altså gult belte i karate, så bare pass dere. (Latter blant alle.) Uten å si at jeg var galen samtidig (latter, alle). Det var jo sånn at du glemmer det aldri altså! Det var veldig høgt for meg akkurat det.

Flere ble overrasket over at de besto prøven, og dette ble en bekreftelse på at de klarte mer enn de trodde:

«Skam er en trussel mot selvbildet.»

Jeg ble glad da jeg mottok det gule beltet fordi det trodde jeg ikke jeg skulle klare, så det overrasket meg, og da følte jeg litt – Oi du klarte det!

Alle var stolte, og det var flere som hadde vist beltet for venner og naboer. Dette kan ses på som en form for oppreising av selvfølelsen ved at de hadde prestert noe som omgivelsene ikke hadde klart.



GULT BELTE: Alle deltakerne hadde som mål å få gult belte i karate. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Identitet

I starten av kurset var deltakerne usikre på egen identitet, og derfor opplevde de seg som kjedelige og uinteressante i sosiale sammenhenger. Gjennom karatetreningen merket de at de ble mer interessante for omgivelsene:

For meg har det hatt stor betydning i sosiale sammenhenger, for når mine venner har snakket om studier, så har ikke jeg hatt noe å snakke om. Og så hadde jeg ikke så mye å gjøre på fritiden på grunn av at mine venner var jo flyttet, og det var ikke så kjekt å begynne på noe helt alene. Men nå hadde jeg plutselig noe å snakke om, for nå trente jeg karate, og det syntes de var spennende å høre om. Og da ble jeg mer inkludert i samtalen enn det jeg var tidligere, for nå hadde jeg og noe å snakke om på lik linje som de andre.

Kanskje var dette også et resultat av at de opplevde å ha en tilhørighet til en gruppe som de selv opplevde som spennende? De var ikke lenger så redde for spørsmål fra andre, og de kunne nå også selv ta kontakt med andre. Det virker som de gjennom treningen gradvis fikk en identitet som karateutøver, og at dette gjorde det lettere for dem å forholde seg til omgivelsene:

Jeg kjenner meg bedre. Når jeg treffer folk fra hjem-plassen som jeg ikke har sett på lenge, så unngikk jeg dem tidligere. Nå er det jeg som oppsøker dem og kan spørre hva de holder på med.

Skam

Deltakerne følte skam fordi de ikke klarte å følge opp egne og andres forventninger. Skamfølelsen gjorde at de følte seg mindre verdt enn andre:

Selvfølelsen går jo på at det er en skam fordi at du ikke har klart å følge opp det du begynte på en gang. Eller den har fått seg en knekk, og da går det veldig kraftig inn på en selv at en ikke er verdt så mye som alle andre når du har fått det sånn.

For å beskytte seg mot denne vonde følelsen, skjulte noen seg bak en fasade eller maske av selvsikkerhet:

Noen har en maske på seg der det virker som de har veldig høyt selvbilde slik som jeg av og til får høre. Jeg har et lavt selvbilde, men når jeg kommer i forsamlinger med venner, så sier folk; « jo men du har jo høy selvtillit og selvbilde.» For når jeg kommer ut i forsamlingen, så tar jeg på meg en maske og setter på meg en selvtillit som egentlig ikke er der. For at de ikke skal tro at noe er galt, så må jeg på en måte ha den maska.

Andre unnlot å påta seg utfordringer av frykt for å mislykkes:



ØKT TRYGGHET:

Deltakerne håndterte stressfylte situasjoner, og det ga dem økt tiltro til seg selv og sitt mestringspotensial.

Du er redd for krav, hva de andre forventer av deg. Da er du redd for at du ikke skal klare det, og så lar du være å gjøre det slik at de ikke skal se at du mislykkes på en måte.

Frykten for skammen hemmet deltakerne i livsutfoldelsen fordi den hele tiden lå klar til å overta. Da temaet skam ble brakt på banen, økte engasjementet til deltakerne. Det var også motvilje mot å slippe temaet.

Selvfølelse

Selvfølelsen til deltakerne var i utgangspunktet skjør. Sykdommen fratok dem opplevelsen av mestring, og dette reduserte selvfølelsen enda mer. For å beskytte selvfølelsen brukte de to forskjellige strategier. Den ene var å fremstå som sikker og trygg for å oppnå positiv respons fra omgivelsene:

Når jeg går ut, da må jeg være sikker at jeg klarer å gjennomføre det uten at maska sprekker, for jeg vil ikke at folk skal se meg dårlig. Jeg blir tatt for å ha godt både selvfølelse og selvbylde fordi de sjelden har opplevd at jeg har sprukket, bortsett fra på sykehuset.

Den andre strategien var tilbaketrekning for å unngå oppgaver deltakerne ikke var sikre på at de ville mestre:

Da jeg gikk på skolen, så trodde jeg at alle forventet av meg at jeg bare skulle få seksere. Så jeg fikk for det meste seksere. Men så ble jeg dårlig, og da klarte jeg ikke å oppnå de resultatene. Så det resulterte i at jeg klarte rett og slett ikke å gå på skolen på grunn av at jeg visste at jeg ikke fikk seksere, og da var det

bedre å la være, for da så ikke andre at jeg var lite flink på skolen.

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan et kurs i karate og sosial ferdighetstrening påvirket selvfølelsen til personer med psykiske lidelser. Endret selvfølelse kan gi seg utslag i endrete følelser og atferd. Av de fem temaene som utgjør studien funn er det kun trygghet som gir seg utslag i endret atferd. De fire andre temaene, økt selvfølelse, redusert skam, økt identitetsfølelse og økt mestringfølelse, medvirker til økt trygghet. Vi vil i det følgende argumentere for dette synet.

Mennesket har ulike holdninger til ulike objekter. Objektene kan være andre mennesker, gjenstander eller naturen, men det kan også være det indre objektet selvet. Selvet har vi alltid med oss, og det er trolig det mest verdifulle som finnes for oss mennesker. Selvbildet dannes på grunnlag av vår holdning til selvet. Motivasjonen er derfor stor for å opprettholde et godt selvbylde (Rosenberg, 1965). En viktig kvalitet som vi mennesker er alene om, er at vi har evnen til å vurdere oss selv. I den sammenheng er vi både objekt og subjekt. Dette kommer fram i setninger som «jeg hater meg selv» og «jeg skjemmes over meg selv» (Rosenberg, 1965). Holdningen til selvet dannes på grunnlag av andres vurderinger av oss.

Vi må ta rollen til «den andre» og se oss selv slik andre ser oss. Vår holdning til oss selv er derfor påvirket av andres respons til oss (Rosenberg, 1965). Selv-



følelse er da en følelsesmessig vurdering av om vi er verdifulle og viktige, altså en følelsesmessig vurdering av sel-vet (Pallesen, 2005). Rosenbergs definisjon av selvfølelse fra 1965 er fortsatt anerkjent: «Self-esteem is a favorable or unfavorable attitude toward the self» (Rosenberg, 1965, s.15).

Når man føler skam, skjer dette på grunnlag av en negativ vurdering av hele selvet. «Skam er en dyp og grunnleggende selvsentret affekt. Altså: «Jeg skammer meg». Det er en av de sterkeste setningene vi kan formulere. Da står hele selvet på spill» (Skårderud, 1999, s.131).

Vi knytter selvfølelsen vår mot det å leve opp til idealer, og det mest aktuelle idealet hos det moderne mennesket er idealet om selvrealisering. Når dette ikke oppnås, er det lett å dømme seg selv som mislykket. Skam handler om forestillingene om hva andre tenker om oss og trusselen om å bli avslørt (Skårderud, 1999).

Deltakerne fortalte om fire områder som aktiverte skamfølelsen. Det første og mest iøynefallende området omhandlet situasjoner hvor de ikke maktet å gjennomføre påbegynte oppgaver. De kjente seg mislykkete og opplevde dette som et direkte angrep på selvfølelsen. Opplevelsen kan ha sammenheng med at deltakernes selvfølelse etter mange nederlag, er blitt veldig sårbar. Når man får nok skuffelser, vil man etter hvert utvikle en negativ vurdering av selvet. Det blir da ekstra viktig å lykkes (del Rosario & White, 2006).

Det andre området som aktiverte skamfølelsen omhandlet situasjoner der deltakerne lot være å begynne på oppgaver av frykt for å mislykkes. Dette er en strategi der man i øyeblikket unngår skamfølelsen, men hvor man blir fanget i en ond sirkel. Prisen for å

«Deltakerne håndterte stressfylte situasjoner.»

unngå skamfølelsen var at de ikke fikk opplevelsen av mestring og selvrealisering, noe som har betydning for selvfølelsen (Skårderud, 1999).

Det tredje området som utløste skam var følelsen av ikke å leve opp til andres forventninger. Dette området henger sammen med begge de to foregående, altså både det å ikke tørre gå løs på nye utfordringer og ikke gjennomføre påbegynte oppgaver. Deltakerne opplevde at det var et gap mellom det de presterte og det de trodde andre forventet av dem. Dette synliggjorde deres ufullkommenhet og vekket skammen.

Det fjerde området omhandlet deltakernes egne forventninger til seg selv. Tankene om å ikke leve opp

til egne forventninger fikk deltakerne til å føle seg mindre verdt, og dette utløste skamfølelse. Egne forventninger ble påvirket av det de trodde andre forventet av dem. Selv om andre avkrefte forventninger til dem, hadde de vanskelig for å akseptere det, noe som dette sitatet illustrerer: «Men den tanken er jo egentlig oppe i mitt hode og ikke i folkene rundt meg for de sier at det er helt ok at det er slik, men jeg tror det ikke. Jeg tror ikke at det er sant.»

For å beskytte selvbildet brukte deltakerne to strategier. Den ene var å skjule seg bak en maske av selvsikkerhet for å framstå som trygg og selvsikker. Den andre strategien var å gjøre bruk av trygghets-søkende atferd som innebar at de ikke utsatte seg for situasjoner de ikke var sikre på å mestre. For å beskytte selvet og unngå aktivisering av skamfølelsen i øyeblikket, valgte deltakerne disse strategiene som kan betraktes som en form for mestring i øyeblikket, men som er lite hensiktsmessige på lengre sikt. Begge strategiene hindret deltakerne i å komme videre, og på sikt holdt de heller ikke skamfølelsen borte. Deltakerne beskrev dette som en ond sirkel hvor de hadde valget mellom trygghet og frihet. I friheten lå imidlertid trusselen om skammen, så friheten ble ofte valgt bort. Skamfølelse over tid er skadelig fordi den reduserer selvfølelsen, samtidig som stressnivået og psykiatriske symptomer øker (del Rosario & White, 2006).

Trygghet kan ses på både som en følelse, et behov og et mål. Følelsen av trygghet er en indre opplevelse av velbefinnende og tiltro til både seg selv og verden (Grønnestad, 2004). Det kjerneanliggende i ønsket om trygghet er behovet for forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet (Eriksen, 2006). Trygghet som grunnleggende behov finner en igjen i Maslows behovspyramide (Bunkholdt, 1983). Når trygghet er et mål, motiverer det mennesker til trygghetssøkende handlinger. Trygghet kan videre deles inn i grunntrygghet og situasjonsrelatert trygghet. Grunntryggheten er en relativt stabil tilstand som gjør det mulig for oss å møte utfordringer på en hensiktsmessig måte. Situasjonsrelatert trygghet varierer over tid og knyttes opp mot situasjoner og individets vurdering av disse (Grønnestad, 2004). Det motsatte av trygghet er usikkerhet, risiko, sårbarhet og ufrihet (Eriksen, 2006), og det er ofte dette som preger personer med psykiske lidelser (Chambon, Marie-Cardine, & Dazord, 1996).

Deltakerne fortalte at de gjennom treningen var blitt tryggere både på seg selv og omgivelsene. Det virker som deltakerne har fått en økt grunntrygghet, og dette viser igjen i mindre angst, endret kroppsholdning og økt følelse av velbefinnende. Det virker også som om



MESTRING: Gjennom karatetreningen overskred deltakerne sine intimitetsgrenser, og dette opplevde de som mestring. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

de har fått en økt situasjonsrelatert trygghet som har gjort dem flinkere til å takle utfordringer.

Hva er det da i treningen som har bidratt til den økte tryggheten? Deltakerne hevdet at den strenge strukturen i treningen som «overstyrte» egen vilje fikk dem til å utsette seg for situasjoner som innebar risiko for nederlag. Disse situasjonene utgjorde stressorer. Antonovsky skisserer tre mestringsmekanismer for å møte stressorer; ved å omdefinere en stressor til en ikke-stressor, ved å unngå stressoren eller ved å overvinne stressoren (Antonovsky, 2000). Som tidligere nevnt hadde deltakerne brukt strategien med å unngå stressorer, men i treningen måtte de overvinne dem. Deltakerne håndterte stressfylte situasjoner, og dette ga dem opplevelse av mestring og økt tiltro til seg selv og sitt mestringspotensial. Dette har trolig igjen gitt økt opplevelse av forutsigbarhet og kontinuitet (Eriksen, 2006).

Når vi gjennomfører en handling som representerer en god erfaring, styrker dette identiteten. (Langeland, Wahl, Kristoffersen, & Hanestad, 2006). Vi skiller mellom personlig identitet og sosial identitet. Personlig identitet er «evnen til å oppleve og holde fast en indre enhet og kontinuitet som til en viss grad står i samsvar med andres oppfatning av en selv» (Cullberg, 1983, s. 58). Det virket som den enkelte deltaker styrket sin personlige identitet gjennom mestringserfaringer. Vår sosiale identitet hentes fra kategorimedlemskap som

nasjonalitet, sosial og politisk tilknytning og yrkeskategori. Vi strever ofte etter å få en positiv sosial identitet, og vi oppnår det ved sammenlikning med andre kategorier fordi en grunnleggende menneskelig tendens er å søke å oppnå et positivt selvbilde (Underlid, 1997). Deltakerne uttrykte at de opplevde tilhørighet til karategruppen, og dette var med på å styrke den sosiale identiteten. For å oppnå tryggheten er forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet viktig (Eriksen, 2006). Opplevelsen av mestring og styrket identitet har sannsynligvis bidratt til at deltakerne har fått en økt trygghetsfølelse.

Et viktig spørsmål er hva det er som får deltakerne til å utsette seg for disse stressorene i karatetreningen. Undersøkelsen spør ikke om dette, men ut fra noen av svarene kan vi anta at det kan handle selve karatens symbolverdi. Et symbol er noe tilstedeværende som ikke gjelder i kraft av sitt innhold, men som stedfortreder for noe annet. Symbolet er sammenfallet av det sanselige og det ikke-sanselige. Når symbolet har verdi er det fordi samfunnet verdsetter det symbolet representerer (Gadamer, 2007). Karate representerer selvkontroll, kraft og mot. Dette er verdier som vi verdsetter høy i vår kultur. Beltene i karaten representerer i hvor stor grad en har tilegnet seg disse verdiene. Deltakerne opplevde at deres relasjonsverdi økte når det ble kjent at de trente karate noe følgende sitat illustrerer:



Men nå hadde jeg plutselig noe å snakke om, for nå trente jeg karate, og det syntes de var spennende å høre om. Og da ble jeg mer inkludert i samtalene enn det jeg var tidligere, for nå hadde jeg og noe å snakke om på lik linje som de andre.

Konklusjon

Studien bekrefter at selvfølelsen til personer med psykiske lidelser er lav, og som en følge av dette blir

«De har fått en friere hverdag med mindre angst.»

opplevelsen av skam sentral. Opplevelsen av skam er en trussel mot selvbildet, og deltakerne beskyttet seg derfor med trygghetssøkende atferd. Gjennom trening på sosiale ferdigheter og karate opplevde deltakerne at de ble både friere og tryggere. Dette

gjorde at de kunne møte utfordringer på en mer hensiktsmessig måte. Valget sto ikke lenger alltid mellom trygghet og frihet. Studien viser at en intervensjon med så stramme rammer at rammen i en periode overstyrer deltakernes vilje, kan «tvinge» deltakerne til mestringsatferd. For å motivere deltakerne til å gå ut over egne grenser, er det viktig at slitet oppleves som meningsfullt. I dette prosjektet har trolig karatens symbolverdi og muligheten til å oppnå det gule beltet bidratt til denne motivasjonen. Karatetrening og sosial ferdighetstrening har hatt betydning for deltakernes selvfølelse ved at de sannsynligvis har fått en økt grunntrygghet. De har fått en friere hverdag med mindre angst og større tilfredshet i sosiale sammenhenger, og ikke minst; de opplever gleden ved å kunne bruke kroppen igjen. ■

Artikkelen har tidligere vært publisert i Nordisk sygeplejeforskning nr. 1-2013.

Referanser:

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1989). *Advanced design in nursing Research*. London: Sage Publications Ltd.
- Bunkholdt, V. (1983). *Lærebok i psykologi for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Tanum-Norli.
- Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (1998). An evaluation of social skills training modules with schizophrenia inpatients in France. *International Review of Psychiatry*, 10(1), 26–29. doi:10.1080/09540269875041. (AN:1921050)
- Chambon, O., Marie-Cardine, M., & Dazord, A. (1996). Social skills training for chronic psychotic patients: A French study. *European Psychiatry*, 11, 577–584. doi:10.1016/0924-9338(96)84748-1
- Conant, K. D., Morgan, A. K., Muzykewicz, D., Clark, D. C., & Thiele, E. A. (2008). A karate program for improving self-concept and quality of life in childhood epilepsy: Results of a pilot study. *Epilepsy & Behavior*, 12(1), 61–65. doi:10.1016/j.yebeh.2007.08.011
- Cullberg, J. (1983). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Aschehoug.
- Dalgard, O. S., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R., & Zahl, P. H. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation-wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry*, 7(20). doi:10.1186/1471-244X-7-20
- del Rosario, P. M., & White, R. M. (2006). The internalized shame scale: Temporal stability, internal consistency, and principal components analysis. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 95–103. doi:10.1016/j.paid.2005.10.026
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2000) *Helsinki-deklarasjonen*. <http://www.etikkom.no/etikkom/retningslinjer/helsinkideklarasjonen>
- Eriksen, T. H. (2006). *Trygghet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foster, Y. A. (1997). Brief aikido training versus karate and golf training and university students' scores on self-esteem, anxiety, and expression of anger. *Perceptual and Motor Skills*, 84(2), 609–610. doi:10.2466/pms.1997.84.2.609
- Gadamer, H. G. (2007). *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. (Vol. 1). Århus: Academica.
- Grønnestad, B. K. (2004). *Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon*. – En kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 24(4), 4–8.
- Halkier, B. (2005). *Fokusgruppe*. Roskilde: Samfundslitteratur Roskilde Universitetsforlag.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 21–46.
- Kim, J. H., & Song, Y. S. (2003). The effects of social adjustment training program on chronic schizophrenia patient's self-esteem and interpersonal relations. *Journal of Korean Psychiatric and Mental Health Nursing Academic Society*, 12, 47–55.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., &
- Hanestad, B. R. (2007). Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(3), 275–295. doi:10.1080/01612840601172627
- Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J. V., & Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155(8), 1087–1091. PMID:9699698
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser K.T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.
- Martinsen, E. (2000). *Fysisk aktivitet for sinnets helse*. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 120, 3054–3056.
- Morse, J. M. (1994). *Critical issues in qualitative research methods*. London: Sage Publications.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Skårderud, F. (1999). *Uro. En reise i det moderne selvet*. Oslo: Aschehoug.
- Targaard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Underlid, K. (1997). *Gruppepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Von Soest, T. (2005). *Rosenbergs selvfølelsesskala: Validering av en norsk oversettelse*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42, 226–228.
- Weiser, M., Kutz, I., Kutz, S. J., & Weiser, D. (1995). Psychotherapeutic aspects of the martial arts. *American Journal of Psychotherapy*, 49(1), 118–127.
- NSF-2013-1.book Page 59 Monday, January 28, 2013 1:52 PM

Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlaget

BOKANMELDELSE

Titel: **Å sette farger på livet**
Forfattere: **Arve Almvik og Lisbet Borge (red.)**
Forlag: **Fagbokforlaget, 2014**
Anmelder: **Stig Erlend Midtgård, psykiatrisk sykepleier og kognitiv terapeut**



Inspirasjonskilde

Når jeg leser fagbøker ønsker jeg å bli utfordret, kanskje til og med provosert. Eller så ønsker jeg å sitte godt bakoverlent for å kunne nikke anerkjennende og være enig i forfatterens budskap. I tillegg til å få ny kunnskap naturligvis. Redaktørene Arve Almvik og Lisbet Borge er med *Å sette farger på livet*: sin tredje bok om lokalbasert psykisk helsearbeid – med begge beina solid plantet i det som skjer i kommunene.

Boka spenner over et vidt spekter av forfattere og tema. Alt fra nasjonale føringer og retningslinjer på et mer overordnet nivå, til tjenestetilbudet sett fra et samfunns- og arbeidsperspektiv, arbeidsmåter og hverdagsliv. Dette er ikke en bok man trenger å lese fra perm til perm for å forstå lokalbasert psykisk helsearbeid, men heller et slags marked av smaksprøver av det kommuner og andre aktører har å by på. Eksempelvis når brukeraktivist Odd Volden begynner å stille spørsmål med hvor var det egentlig vi ville hen da opptrappingsplanen for psykisk helse ble rullet ut sammen med en diger pengesekk. Som Volden påpeker hadde man valget mellom å skape noe helt nytt, si farvel til institusjoner og behandlingsaktiviteter som strengt tatt har problemer med datostemplinga eller å beholde og reparere alt det som ikke fungerte så godt. Og hva man valgte, kjenner vi alle så altfor godt.

Den biomedisinske psykiatrien kan godt sammenliknes med en svær supertanker som nesten er umulig å få til å skifte kurs, dette til tross for at skipet lekker olje og har en skikkelig tung slagside. «Å sette farger på livet» handler om fagpersoner og fagmiljøer som har turt å skifte kurs og få til nye ting, gjerne mer på tross av

enn at det ble lagt veldig til rette for det. I nedgangstider (les: nedtrappingsplanen) må man gjerne være enda tydeligere på prioriteringene og velge tiltak som fungerer og ikke la alle gjøre alt. Et eksempel på dette er kognitiv terapi og fysisk aktivitet, som det er solid evidens for effekten av i forhold til angst og depresjon, slik Egil Martinsen skriver om.

Det gode livet kan være så mangt – for eksempel mating av katter og «skitprat», men for de fleste handler det om å ha noe å stå opp til, enten det er arbeid, skole eller kultur og fritidsaktiviteter. Man vil spille en rolle, og ikke avfinne seg med å alltid spille andrefiolin. Rett og slett ha recovery som en grunnholdning og faglig plattform. Audun Pedersen, mangeårig ildsjel og hovedarkitekten bak å få til en mer recovery-orientert tankegang i de psykiske helsetjenestene i Bergen har en god oppsummering i kapittelet: Recovery som fagperspektiv og praksisfelt. Her forteller han om hvordan arbeidet i forhold til recovery begynte og hvilke strømninger man har vært inspirert av for Bergen sin del – noe helt klart andre kommuner kan lære av.

Vil Almvik og Borge, som redaktører sammen med en rekke andre bidragsyttere i «Å sette farger på livet», klare å snu grunnholdningene innen psykiatri og psykisk helsearbeid med denne boka? Svaret på det er nok dessverre nei, men at boken er et viktig steg og en inspirasjonskilde til å gå i andre mer spennende retninger, er det liten tvil om. Ble jeg provosert? Nei ikke noe særlig, men jeg nikket mange ganger, nesten som om jeg skulle vært på rockekonsert og headbanget hodet ut av ledd.



Bli medlem i SPoR

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

Medlemsfordeler:

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

Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider innen fagfeltet psykisk helse og rus, eller som er interessert i fagfeltet,

og som er medlemmer av NSF.

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

Medlemskap koster kr 450,- per år.

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

Ønsker du kun abonnement på tidsskriftet, kan du sende e-post til kjersti.overnes.tromso.kommune.no