



Psykisk helse og rus

NR. 1-2016 • ÅRGANG 27

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS



Krever kunnskap:

Flerkulturelt psykisk helsearbeid



Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse

utlyser et stipend på kr. 60 000.-

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

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

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

Søknadsfrist 1. mai 2016

**Søknad med prosjekt-
beskrivelse eller forslag
på kandidat sendes til:**
Faggruppen for sykepleiere
innen psykisk helse og rus
v/ Olav Bremnes innen 1. mai 2016,
på e-post: olav@ntebb.no



NSFs faggruppe for sykepleiere
innen psykisk helse og rus



Innhold

NR. 1-2016 • ÅRGANG 27

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

REDAKTØR

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

STYRET

Faggruppeleder

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.saelevik@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 Holden
Tlf. 97 03 37 51
siweli@me.com

ABONNEMENT

Bjarte Sælevik
Tlf. 45 45 26 48
bjarte.saelevik@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

FORSIDEILLUSTRASJON:

Shutterstock/NTB Scanpix/
Sykepleien

NESTE UTGAVE: 11. august 2016

Innsending av artikler

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

- 2 Søk stipend
- 4 Lokalgruppeledere i SPoR
- 5 Leder
- 6 Smånytt
- 8 Tilbudet i kommunene må styrkes
- 10 Vi trenger mer kunnskap om migranter
- 17 Psykisk helse og seksualitet – tør vi snakke om det?
- 22 Tilbakeblikk
- 24 Sex og kjønn – en utfordring for helsepersonell
- 29 Konferanseprogram: Psykisk helse og rus 2016
- 32 Problemer og muligheter – to livsanskuelser
- 37 At navigere er livet
- 38 Tro, håp og hinderløyper
- 43 Fra Plata til Rikshospitalet

«Å håpe krever mot.» Side 38



Foto: Scanpix



SPoR 2014–2016

Lokalgruppeledere/fylkeskontakt

Liv Bech Johannessen	livbech.johannessen@lds.no	Oslo
Jørgen Due	jorgen.due@lillehammer.kommune.no joe-du@online.no	Oppland
Tone Bodahl	tone.bodahl.drnk.no	Buskerud
Randi Olufssen Aasen	roluaase@online.no	Hedmark
Charlotte Walther	cwalth@online.no	Østfold
		Akershus
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
Gro Anita Ytterstad	aniytter@online.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



Hva gjør du hvis pasientene nekter å spise, eller hvis en kollega snakker nedsettende om pårørende?

Vi har samlet over 40 artikler fra eksperter på etikk, som omtaler temaene over, og mange flere. Her finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Du finner etikk-utgaven i Sykepleiens App for nettbrett, som kan lastes ned gratis fra AppStore eller Google Play. God lesning!



Sykepleien

■ LEDER:
Kurt Lyngved



Sammen skal vi takle utfordringene

Den mørkeste tiden på året legges bak og vi ser frem mot lysere tider og en vår og sommer som ligger der og venter på oss. Vi gleder oss til en årstid som bringer med seg mange gode opplevelser og drømmer om solfylte dager på fjell og ved sjø. Årstidene i vårt lille land så langt mot nord er en verdi mange av oss setter stor pris på og hilser velkommen hvert år.

Vi knytter gjerne hendelser til de ulike delene av året og sier husker du det og det som skjedde våren eller høsten 2015. På denne måten fester vi hendelsene til tider vi alle kan huske og dermed har en felles referanseramme til. Sist høst opplevde vi en flyktningstrøm vi aldri vil glemme og millioner av mennesker var på vandring i hele verden. Men mange flyktninger kom også til Norge. Vi ble utfordret på mange måter. Det ble en utfordring å få tak over hodet til alle og gi dem ly i den tid det var/er behov for det. Strabasiose reiser og mange opplevelser av ulik karakter setter spor i form av større eller mindre traumer på mange måter. Mange mennesker vil måtte leve med store psykiske helseproblemer som de vil trenge hjelp til. Her vil vi som sykepleiere innen psykisk helse være viktige aktører i dette arbeidet. Det utfordrer oss på andre måter enn det vi er vant til, men den utfordringen skal vi ta.

Fattigdommen i vår del av verden er stadig økende og dette er også fenomen vi som sykepleiere innen psykisk helse og rus må ta på det høyeste alvor. For et par uker siden kom tallene om at det er 92000 fattige barn i Norge. Det betyr at det er mange flere som lever under fattigdomsgrensen fordi det ikke bare omfatter barna, men også de øvrige familiedlemmene. På en konferanse om barnefattigdom for et par uker siden var det hjerteskjærende å høre historiene om barn som går sultne til sengs fordi det ikke er mat i huset. Eller om barn som ikke blir invitert i fødselsdagssekskap fordi familien ikke har penger til gaver. Barn som ikke feirer sin egen fødselsdag fordi penger mangler eller fordi ingen kommer av ulike årsaker. Mange flere historier som gir fattigdommen et ansikt. Menneskets behov for anerkjennelse er stort og det gjør vondt når vi ikke får den. Spesielt som barn der det å bli sett med det riktige blikket er utrolig viktig. Vi vil bli anerkjent blant venner og klassekamerater for det vi

ønsker å bli anerkjent for. Men for altfor mange barn i dag kommer fattigdommen mellom og skygger for sentrale egenskaper hos menneskene. Fattigdomsproblematikken må vi ta på det dypeste alvor fordi den skaper erfaringer og sår som mennesket vil bære med seg inn i sin fremtid. Og for mange vil dette kunne bidra til psykiske helseplager som vi vil møte. Vi må snakke denne problematikken i hjel og være med på å fjerne skammen som er knyttet til det å være fattig.

I vårtid er det snakk om pakkeforløp og standardiserte behandlingsskjeder som skal sikre at vi får den behandling vi skal ha og i den rette rekkefølge. Dette skal bidra til kvalitetssikring og god behandling. Det er bra. Men i dette bildet blir det svært sentralt at mennesket får ivaretatt sin individualitet og at de blir sett med det rette blikket og får lov til å representere seg selv. Med andre ord må det være mennesket selv som står i sentrum for behandlingen.

Dette års fagkonferanse og forskningsdag i Drammen fra 1. til 3. juni handler om seksualitet og psykisk helse og rus. Dette blir spennende dager om et spennende tema som jeg håper vil ha interesse hos mange. Dette er et sårbart tema og et tema som ikke alltid er like lett å snakke om for veldig mange mennesker. Også for oss sykepleiere kan det være et tema som ikke bestandig er like enkelt å sette ord på. Samtidig vet vi at mange av dem vi møter i våre hverdager der vi jobber innen det psykiske helsefeltet, nettopp utfordres på dette området. Da er det viktig at vi er i stand til å bruke ordene som kan bidra til at den andre blir i stand til å snakke om forhold som de ellers opplever kompliserte. Dette blir spennende dager i Drammen og jeg gleder meg til å se mange av dere der.

Da ønsker jeg dere alle en flott vår og sommer der dere er og i det arbeidet dere står i. Det er mange utfordringer der ute, men står vi sammen som sykepleiere innen vårt felt kan vi styrke hverandre og faget vårt.

Kurt J. Lyngved
FAGGRUPPELEDER

Dødelig rus

Tallet på dødsfall utløst av alkohol gikk ned fra 2013 til 2014, mens antall narkotikautløste dødsfall gikk noe opp. Dette viser nye tall fra Dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet. Det ble registrert 320 dødsfall knyttet til alkohol i Norge i 2014. Av de døde var 239 menn og 81 kvinner. 266 dødsfall ble utløst av narkotika i 2014. Her har andelen kvinner blant de avdøde ikke endret seg de siste årene. Den er på 24 prosent.

Kilde: Folkehelseinstituttet.no



Nytt kompetansesenter

Hvert år fødes det rundt 1 200 barn som har skader etter mors rusmisbruk under svangerskapet. Nå har denne pasientgruppen fått et eget kompetansesenter. I november i fjor åpnet det regionale kompetansesenteret for barn med medfødte ruskskader, ved Sørlandet sykehus Arendal. Her skal 40 barn og unge i alderen 2–18 år hvert år få tilbud om nødvendig tilrettelegging og oppfølging. Senteret er det første i sitt slag i Skandinavia.

Kilde: Sørlandet sykehus

SMÅNYTT

Empatisk av traumer

Barn som har vært utsatt for traumatiske hendelser, kan bli mer robuste og vise mer omsorg enn andre barn, viser en studie som norske forskere fra Universitetet i Oslo står bak. Forskere ved Psykologisk institutt tok for seg 592 barn (2–6 år), hvor av hvert femte barn hadde opplevd noe traumatisk som psykologene mente kunne gi vansker i etterkant. Hendelsene varierte i alt fra samlivsbrudd hos foreldre, alvorlig sykdom, vitne til vold, husbrann eller dødsfall i familien. I undersøkelsen ble foreldre spurt ut om barnet to ganger med ett års mellomrom for å kartlegge forandringer hos barnet. Foreldre beskrev hendelsene og både foreldre og lærerne vurderte hvordan barnet oppførte seg og fungerte. Men til forskernes overraskelse viste det seg at barna kom styrket ut av det. De var mer empatiske, flinkere til å dele og vise omsorg.

Forskere skal jobbe videre med studien for å se om det skjer endringer hos barna senere i livet.

Kilde: Apollon



«Den viktigste livsvisdom må vi oppdage med våre egne øyne.»

Fridtjof Nansen

Følger ikke opp eldre

Yngre på antidepressiver får bedre oppfølging enn eldre, enda eldre mennesker bruker mer medisiner og kroppene deres bruker lenger tid på å bryte ned legemidler. Forskere har studert pasientaldersfordelinger for serummålinger av nyere antidepressiver (SSRI) som ble gjort på Diakonhjemmet sykehus i 2011. I fjor ble resultatene fra studien publisert. Professor Monica Hermann ved Farmasøytisk institutt ved Universitetet

i Oslo peker på det som er urovekkende ved funnene.

Eldre bruker mer medisiner og gjerne flere typer medisiner. De er i utgangspunktet mer sårbare og mer utsatt for bivirkninger. Denne gruppen burde ha blitt fulgt opp bedre. Professoren påpeker at folk dør av legemiddelrelaterte problemer og at det er sjelden det skjer hos 30-åringene som bruker ett legemiddel.

Kilde: Titan.no



Musikk i krise



Musikk har et stort potensial. Den kan brukes individuelt og i større grupper for å hjelpe ungdom med trygghet, fellesskap og læring, mener førsteamanuensis Astrid Strandbu ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge ved Universitetet i Tromsø. – Musikk er til stede i unges liv, og dette er en ressurs som brukes for lite. Man kan kalle det en «ice-breaker». Ungdom bruker musikk for å kople av og således er det et bra hjelpemiddel for å bli bedre kjent med unge mennesker, sier Strandbu i et intervju på universitetets hjemmesider. Hun forteller videre at musikkterapi i fellesskap med andre kan bidra til å gi trygge relasjoner til trygge voksne over tid, og på den måten kan ungdommer lære seg å stole på voksne.

Kilde: UIT

Livsviktig rydding

Folkehelseinstituttet oppfordrer folk til å ta en ryddesjau i medisinskapsene sine. Hensikten er å forhindre risikoen for forveksling av medisiner og for uhell som skyldes at barn finner medisiner og spiser dem. Bare i fjor mottok Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet 3 539 henvendelser om barn og medisiner. I lys av dette har Legemiddelverket, sammen med Apotekforeningen, legemiddelindustrien og Norsk Vannkampanjen lansert kampanjen «Rydd skapet».

Kilde: Folkehelseinstituttet



Bil og legemidler

Norge innførte straffbarhetsgrenser i trafikken for 20 ulike narkotiske stoffer og rusgivende legemidler i 2012. Ytterligere åtte rus- og legemidler ble satt på straffbarhetsgrenser 1. februar i år. De åtte rus- og legemidlene er: Bromazepam, desmetyldiazepam, etizolam, klobazam, lorazepam, triazolam, oksykodon og metylfenidat.

Kilde: Folkehelseinstituttet.no



Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox

Påvirker barns helse

Månen ser ut til å påvirke barns helse og aktivitetsnivå, viser en dansk studie publisert i tidsskriftet *Clinical Obesity*. Fullmåne er faktisk forbundet med en negativ endring i barns fysiske aktivitetsnivå, blodtrykk og blodsukker. Forskerne tok regelmessig blodprøver og observerte blodtrykket til 795 skolebarn i alderen 8–11 år. De studerte også søvn og aktivitetsnivå ved å samle inn informasjonen over en periode på ni månesykluser. Etter å ha sammenliknet dagene rundt fullmåne og dagene rundt nymåne, registrerte de følgende avvik hos barna rundt fullmåne: De var i mindre aktivitet, i gjennomsnitt 3,2 minutter i mindre moderat til hard fysisk aktivitet. De hadde 0,8 mmHg høyere blodtrykk. Blodsukkeret var høyere, med en forskjell på to prosent. I tillegg sov de 4,1 minutter lenger. Det er første gang man har studert dette, og forskerne kan ikke forklare hvorfor månen påvirker barns helse.

Kilde: Forskning.no



Trenger rask oppfølging

Mange av flyktningene som har kommet til landet, har vært utsatt for krig og overgrep. Kommunene må derfor raskt sette i gang helseundersøkelser for å finne ut hvem som er i faresonen for å utvikle psykiske lidelser. Dette mener Sverre Varvin som er professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Han jobber med en studie om traumatiserte flyktninger. Basert på tidligere erfaringer, mener Varvin at gravide kvinner og enslige mødre raskt bør identifiseres. Det er viktig å forebygge dårlig kontakt mellom mor og barn fordi dette kan igjen føre til alvorlige helseproblemer. Det er også viktig å få kartlagt tidlig hvem som har vært utsatt for tortur, mener han. Varvin oppfordrer Helsedirektoratet til å etablere gode helseteam av lege, psykolog og helsesøster som har ansvar for hvert asylmottak. Og at de som jobber ved mottakene, bør også få opplæring i psykisk helse.

Kilde: Forskning.no



Av **Espen Gade Rolland**, nestleder i NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus.
Foto: Roald Lund Fleiner/napha.no



Tilbudet i kommunene må styrkes

Kommunalt psykisk helsearbeid for voksne blir nedprioritert. Jeg håper politikerne våkner i tide, og sørger for et bedre behandlingstilbud der folk bor.

Den siste tiden har fremtredende politikere hatt innlegg i aviser med populistiske overskrifter som «de nederst ved bordet» og «vi tar de svakeste på alvor», hvor de fremhever regjeringens satsing på mennesker med psykisk helse-/rusproblemer. Det jeg undrer meg over, er i hvilken virkelighet disse politikerne lever. Politikerne fremhever blant annet satsing på kommunal psykologkompetanse og øket behandlingsskapasitet i spesialisthelsetjenesten, og dette er vel og bra, men her mangler det totale bildet innen kommunalt psykisk helsearbeid.

Grunn til bekymring

Helsedirektoratet følger nøye med på utviklingen av kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid, og rapporter fra 2014 viser en nedgang i antall årsverk knyttet til fagområdet psykisk helse i kommunene. Utviklingen er godt dokumentert fra 2007 til 2013 med reduksjoner hvert år, og nedgangen fra 2012 til 2013 i antall årsverk innen psykisk helse var på nær to prosent. I en rykende fersk rapport fra Sintef om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

2015 er konklusjonene tilsvarende. Antall årsverk i 2015 innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid holder seg stabilt på drøyt 13 000, samtidig som kommunene sliter med å gi et godt tilbud til de med alvorlige psykiske helseplager og nedbygging av døgnplasser fortsetter. Uten økte ressurser, men økte oppgaver innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, må grupper nedprioriteres.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), som landsdekkende kompetansesenter for kommunene, bekrefter denne tendensen. De følger en bekymringsfull utvikling i antall årsverk i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet, og da spesielt for voksne. I tillegg fastslår Riksrevisjonen i en ny rapport (2016) at mange kommuner ikke har styrket sitt tilbud innenfor rus og psykiatri.

Og det fremkommer ikke satsing på dette i statsbudsjettet.

Tenker politikere virkelig at dette løses ved å styrke psykologkompetansen i kommunen, jeg tviler på det. Tilskuddsordning for ansettelse av psykologer foreslås i statsbudsjettet,

her er det lagt opp til et flatt årlig tilskudd på 300 000 kroner per psykologårsverk i 2016. Ordningen forutsetter betydelig kommunal egenfinansiering på langt over 50 prosent, spesielt om man tenker spesialistkompetanse. Jeg er meget skeptisk til at økningen ikke skjer gjennom friske midler, men tas fra andre viktige tiltak som skal styrke kompetanse og utvikling av kommunale psykiske helsetjenester. Dette er spesielt bekymringsfullt når vi ser utviklingen de siste årene. Kompetansesentrene får mindre, og midlene til utviklingstiltak reduseres med rundt 30 millioner ifølge NAPHA. Det er aller størst bekymring over at kommunalt psykisk helsearbeid for voksne virker nedprioritert.

Må bli bedre

Vi vet at omtrent halvparten av den voksne befolkningen i Norge vil rammes av en psykisk lidelse i livsløpet. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er relativt stabilt, men økende befolkningstilvekst vil føre til at flere mennesker rammes av psykiske lidelser og dermed har behov for tjenester.

Forskning viser at forventet levetid



HJELP: Voksne mennesker som sliter psykisk må få den hjelpen de trenger. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

er omkring 20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig. Nesten 60 prosent av denne overdødeligheten kan tilskrives somatiske (kroppslige) sykdommer. Disse sykdommene innehar et stort potensial for forebygging. Mye tyder på at det svikter når det gjelder forebygging og behandling av somatiske sykdommer hos denne gruppen mennesker. Derfor må personer med psykiske lidelser få mer hjelp der de lever og bor, og fagfolk må ha mer fokus på hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser kan leve et sunt og godt hverdagsliv. Dette understøtter viktigheten av å styrke det kommunale omsorgstilbudet innen psykisk helse, det virker som om politikerne ikke har fått dette med seg.

En av hovedoppgave de kommende årene vil være å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusproblemer for å sikre enkeltmennesker livskvalitet og redusere belastningen for samfunnet. Psykologsatsingen i kommunene profileres for å løfte det helsefremmende og forebyggende arbeidet blant barn og unge, hvor blant annet helsesøster-

tjenesten er sentral. Dette er bra, men kan ikke prioriteres alene. «Rask psykisk helsehjelp», som er et kommunalt lavterskeltilbud til mennesker med angst og depresjon, får samme bevilg-

«Mennesker med psykiske helseproblemer blir ikke prioritert.»

ning som i fjor. Prioriteringen er ikke i samsvar med ambisjonene om videreutvikling av tilbudet, samt ønske om spredning til flere kommuner.

Blir ikke prioritert

Sintef slår fast i en rapport fra 2014 at mange kommuner ikke har tilstrekkelig tilbud til mennesker som skrives ut fra døgninstitusjoner innen psykisk helse- og rusbehandling. I tillegg til at mange mangler bolig, er det svært mange som mangler arbeid/aktivitetstilbud, hjemmetjenester og støttekontakt. Rapporten sier at for 60 prosent med slike behov, var tilbudene ikke på plass ved utskrivning. Kapasitetsproblemer rapporteres som årsak til manglende

tilbud. Å bli overlatt til seg selv uten de tjenester mennesket har behov for, ender ofte med akuttinnleggelser og ikke sjelden knyttet opp mot tvang. Dette oppleves dramatisk for de invol-

verte, og påfører mennesker med psykiske lidelser unødige krenkelser. Jeg tror neppe dette vil bedres med regjeringens mangel på satsing. Mennesker med psykiske helseproblemer blir ikke prioritert. Helse og omsorgsminister Bent Høie har tilsynelatende lenge frontet en stor satsing for disse menneskene. Denne satsingen er ganske usynlig for oss som jobber innen faget. Er det virkelig slik at satsingen kun er ment for behandlingsregimene, og ikke er prioritert der menneskene lever sine liv?

Jeg håper politikerne våkner opp i tide, og gjør sine prioriteringer for denne gruppen mennesker som helt klart også under denne regjering blir tilsidesatt. ■

Vi trenger mer kunnskap om migranter

Psykisk helsearbeidere bør tilegne seg økte kunnskaper og forståelse om migranter og minoritetspasienters livssituasjon. Slik kan vi bedre reflektere, utvikle arbeidsmåter, relasjoner og derigjennom bedre forstå enkeltpasienter.



Av **Tatiana Penzo**, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Lovisenberg DPS, Akutteamet.

Jon Texmon, spesialsykepleier, Vor Frue Hospital, Lovisenberg sykehus.

Bakgrunnen for artikkelen er en eksamensoppgave vi skrev sammen høsten 2015. Vi var i det første kullet som valgte emnet «flerkulturelt psykisk helsearbeid» ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Vi ønsker å dele kunnskapen vi tilegnet oss da vi opplever at det er behov for økt kunnskap innen dette feltet. Vi anser emnet som særlig relevant for psykiske helsearbeidere siden flyktningkrisen i Europa stadig bringer migranter til kommuner rundt om i hele landet.

Det kommer migranter til Norge fra en rekke nasjoner, de fleste fra områder i Midtøsten og Afrika. For å kunne fordype oss i hvordan flerkulturelt psykisk helsearbeid fungerer på gruppe- og individnivå, valgte vi å fokusere spesielt på mennesker og migranter med somalisk bakgrunn i denne artikkelen. Vi har under arbeidet vært bevisst på at deler av miljøet har vært kritiske til behandlingen fra offentlige myndigheter, og ønsker ikke å bidra til et kritisk fokus, men søker å oppnå en større forståelse for kulturelle ulikheter. Mennesker med bakgrunn fra Somalia utgjør en betydelig gruppe i Norge, og spesielt Oslo. Vi møter pasienter med somalisk bakgrunn i vårt daglige arbeid. Pasienteksemplet er derfor utformet med én pasient med somalisk bakgrunn. Vi mener at det er overføringsverdier til arbeid med migranter fra andre land. Vi har erfart hvordan kunnskap, blant annet forskningen til Hjelde (1), kan hjelpe oss med å forstå og

handle i møtet med mennesker fra en gruppe med en særlig utfordrende bakgrunn. Psykisk helsearbeid er et praktisk utøvende fag. Det er derfor naturlig å bruke et pasienteksempel i denne artikkelen som nettopp fremhever den kliniske praksisen i møte med minoritetspasienter.

Somalia er herjet av mange år med borgerkrig og har ikke hatt et fungerende statsapparat siden 1991. Fraværet av offentlige systemer, deriblant helsesystem, har gjort at mange med somalisk bakgrunn møter utfordringer med å forholde seg til den gjennomregulerte norske samfunnsmodellen (2). Somalierne kommer fra en forhandlingskultur og ikke en rettighetskultur slik vi har i Norge. Mange av dem som har kommet til Norge har opplevd krigshandlinger og har vært utsatt for overgrep, mishandling og tortur. Under flukt, har mange vært i farlige og nedbrytende omgivelser over tid. Slike livserfaringer gir økt risiko for traumer og andre psykiske lidelser (1,2,3).

Metode/kilder

Kasuset er basert på ekte erfaringer, men er ikke knyttet til én pasient. Litteraturen vi har brukt er anerkjent litteratur knyttet til emnet. Forskning og litteratur som omhandler migranter og innvandring har i samfunnsdebatten ofte blitt hedvet å ha politiske undertoner. Vi mener at det uansett ikke påvirker denne artikkelen hvor forståelsen er



det som står i sentrum. Flere av de norske kildene kommer fra et forskermiljø hvor man refererer til hverandre. Dette kan styrke kildenes troverdighet, men kan også svekke deres egenhet. Vi har derfor også valgt å bruke internasjonale kilder for å få en bredere kunnskapsbakgrunn.

Begrepsavklaring

«Kultur er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus, og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn (Keesing 1981)» (5). *Migranter* omfatter både asylsøkere, flyktninger og innvandrere av ulik art (6) og er de som mer eller mindre frivillig har måttet forlate sitt hjem og land (1). *Psykisk traume*; når en blir påført skader av psykisk art som kan føre til psykiske lidelser (3). *Jinner* er ånder som kan være onde og som kan ta bolig i kroppen og kan være en forklaring på mental lidelse (1, 7).

Migrasjon er en prosess; før-migrasjon, migrasjonen og etter-migrasjonen. Det er mange årsaker til migrasjon. Det er de som migrerer mer eller mindre frivillig, for eksempel arbeidsmigranter, eller de som migrerer grunnet krig, forfølgelse og vold (1, 6). De fleste migranter som kommer til Norge fra lavinntektsland har økte sosiokulturelle og sosio-økonomiske utfordringer. Dette kan bidra til økt risiko for psykisk sykdom (1, 3). Vi kan ikke legge

til grunn at folk fra samme land er én homogen kultur. Vi må ta hensyn til at hvert individ har en etnisk gruppetilhørighet. I dette ligger felles opphav, språk, levevaner, kultur og religion (8). Forskning har vist at migranter har høyere forekomst av angst, depresjon og traumer enn befolkningen for øvrig (1,3,7). Psykisk sykdom og lidelse oppfattes ulikt i verden. Symptomer og atferd har ulike årsaksforklaringer og ulik behandling ut ifra kultur og tradisjon (1,3,7). Det som vi oppfatter som psykotisk, kan i

«Migranter har høyere forekomst av angst, depresjon og traumer.»

en annen kultur oppfattes som evner til magi, eller hallusinasjoner av religiøs art og som aksepteres som en religiøs opplevelse (7).

Ulik forståelse – ulik tilnærming

I vestlig tradisjon oppfatter vi at symptomer på psykose kan utspille seg som tankeforstyrrelse eller vrangforestillinger av ulik art. Pasienten kan være preget av mistenksomhet, paranoiditet eller ha en grandios opplevelse der han i sin opplevelsesverden er den som skal redde verden, eller at han har forstått «alt». Videre kan slike symptomer lede til en

psykotisk atferd, der pasienten kommuniserer med stemmer han hører, ha redusert eller ingen egenomsorg. Pasienten kan ha innadvendte symptomer og bli økende tilbaketrukket og isolert eller ha mer uttalte symptomer som en ukritisk og oppjaget eller utagerende, aggressiv atferd (10, 11). I en vestlige tradisjon behandles psykoser som oftest med psykofarmaka, miljøterapi som skal fremme stabilitet, struktur og trygghet. Pasienter som utgjør en fare for seg selv eller andre med psykotisk atferd, blir innlagt på psykiatrisk sykehus og blir skrevet ut når det er vurdert at pasienten er stabilisert og trygg (12). Pasienter som har vært innlagt med psykoser får ofte oppfølging i kommunehelsetjenesten eller på psykiatrisk poliklinikk (12,13). I oppfølgingen av psykisk lidelse, fokuseres det på tiltak som bidrar til

«Det som vi oppfatter som psykotisk, kan i en annen kultur oppfattes som evner til magi.»

mestring og en meningsfull hverdag, noe som igjen vil øke pasientens resiliens, ment som beskyttelse-sevne mot videre psykisk lidelse (3).

I somalisk tradisjon og kultur er det sentralt å ha spesielt stor respekt for sine foreldre. Manglende respekt kan få alvorlige konsekvenser og kan føre til «forbannelse» (1). Mange somaliere i Norge har sosioøkonomiske utfordringer og klarer ikke å ivareta sine forpliktelser som blant annet går ut på å hjelpe familiemedlemmer. Dette kan føre til store bekymringer (welwel) og dersom en da ikke får hjelp av slekt eller får religiøs behandling, eksisterer det hos noen en oppfatning at det kan føre til waalii (galskap) (1).

Det psykiatriske helsetilbudet i Somalia er svært begrenset. Det er kun de med alvorlige tilstander som er lagt inn på det eneste psykiatriske sykehuset som finnes, ofte for resten av livet (1). I Somalia kan det vi oppfatter som en psykisk lidelse oppfattes som en forbannelse eller demonbesettelse. Det er mest vanlig å søke hjelp hos familie og slekt; hos imamer, sjeiker og healere som behandler ut fra Koranen (7). Ulike behandlinger kan kurere den samme tilstanden. Jinner er utbredt som årsaksforklaring til sykdom i den muslimske verden og er omtalt i Koranen. Her beskrives det som ånder som kan forårsake sykdom og elendighet (1,14). Man kan få onde jinner ved ikke å følge Koranen, foreldres anmodninger, eller begå ugjerninger med mer.

Flere i litteraturen (1, 6, 15) viser til den amerikanske psykiateren og antropologen Kleinmanns strukturelle modell for å forstå ulike samfunns helssystemer. Modellen deler opp sykdomsbegrepet til illness og disease. Illness er pasientens subjektive opplevelse av lidelse, mens disease er terapeutens oppfatning og tar utgangspunkt i terapeutens tradisjon og behandlingskultur.

Traumatisering

Forskning viser at det er en sammenheng mellom traumeopplevelser og psykoser, og at risikoen øker ved mishandling, mobbing med mer i barndommen. Traumer er i seg selv en risikofaktor for å utvikle og opprettholde psykiske lidelser og psykosesyntomer samtidig som det å være i en psykose kan oppleves traumatisk (3,12). En traumatisk erfaring kan atskilles fra psyken, men kan bli aktivert når pasienten blir påminnet om noe som minner om de opprinnelige hendelsene som var traumatiserende (3).

Dissosiasjon kan oppstå når minner om traumeerfaringer blir aktivert. Dissosiasjon er en måte å beskytte seg på mens selve traumeerfaringen pågår. En fjerner bevisstheten fra handlingen og noen kan ha en ut av kroppen-opplevelse; dette skjer ikke meg. Dissosiasjonen kan være en måte å mestre en unaturlig situasjon på, men kan senere være til hinder for helende prosesser, da pasienten blir fjern og utilgjengelig i kontakt med andre og seg selv. Og det kan forveksles med en psykose. Det kan være vanskelig for pasienten å snakke om og ha et språk for traumene da minnene om traumeerfaringene kan sitte i den implisitte hukommelsen; i kroppen og i emosjonene (3).

Kommunikasjon og holdninger

Det er naturlig at det følger utfordringer og barrierer i kommunikasjonen mellom minoritetspasient og behandler. Kommunikasjonens utfordringer omfatter både det non-verbale og det verbale. Det kan være nødvendig med kommunikasjon via tolk. Man bør være klar over at tolken ikke nødvendigvis er en pålitelig kilde for den kulturen språket tilhører (16). Kultursensitivitet handler om evne og vilje til å sette seg inn i pasientens verden og søke å se sykdom og lidelse med pasientens øyne (1,15). Helsepersonell kan oppleve usikkerhet og tilkortkommenhet i møte med migranter siden språk- og kommunikasjonsbarrierer kan være preget av fremmedgjorthet hos begge parter (3, 16, 17). Ansvar for at pasienten har forstått den informasjonen som er gitt, ligger



hos helsepersonellet (18,19). Vi kommuniserer mye gjennom holdning, og når holdningen er preget av vennlighet og interesse for pasienten ved bekreftelse og anerkjennelse vil en naturlig skape en bedre relasjon enn når kommunikasjonen er preget av usikkerhet og avstand (20). Etikken bør sitte i ryggmargen på oss psykiske helsearbeidere, og vi bør naturlig ha respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, som bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og behandlingen skal være kunnskapsbasert (21).

Menneskerettigheter

En som har flyktningstatus i Norge er beskyttet av menneskerettighetene og flyktningkonvensjonen (22). I FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, finner vi at enhver skal ha lik rett på bolig og arbeid, på mulighet til jobb og utdanning og til forsvarlig levestandard (23). Videre er det nedfelt i Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017 at «[...] alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon» (24).

Pasientkasus

Hvordan kan dette arte seg i praksis? For å illustrere problemstillingene i denne artikkelen, har vi valgt å trekke fram et pasientkasus med aktuelle problemstillinger i møtet med hjelpeapparatet. Vi ser for oss en mann midt i tjuårene med somalisk bakgrunn. Etter en periode med mye utrygghet, blant annet krigshandlinger i nære omgivelser, flyktet familien via omveier til Norge da han var tolv år. Han fant seg tilsynelatende godt til rette i Norge og hadde en oppvekst med forankring både i det norske samfunnet og i det somaliske miljøet der han bodde. Som voksen reiste han på flere lange opphold til familien og foreldrene, som hadde flyttet tilbake til det tidligere hjemlandet, og det var under ett av disse oppholdene han først begynte å føle seg «rar» og at han ikke var «seg selv». På grunn av tidligere gode erfaringer med helsehjelp i sitt nye hjemland Norge, valgte han å reise tilbake hit for å oppsøke hjelp. Han fikk konstatert psykoseliktne symptomer og ble utredet på DPS. Det kom fram at hans far hadde hatt liknende symptomer, men komparentopplysninger var vanskelig å fremskaffe da hans foreldre var lite villige til å snakke om psykiske lidelser. Etter hvert opplevde pasienten en forverring i tilstanden og ble lagt inn

på døgnavdeling. Her fremsto han samtykkende til mistanke om psykose og tok imot medisiner frivillig. Det så ut til å kunne gå mot en snarlig utskrivelse. Etter en periode fremsto han imidlertid dårligere. Han avviste at han hadde en psykisk lidelse, og formidlet at han måtte til moskeen eller reise tilbake til Somalia for å drive ut ånder – jinner – som hadde tatt bolig i kroppen hans. Pasienten fremsto økende frustrert. Han ønsket ikke lenger å motta medisiner og behandlingssituasjonen fremsto som fastlåst.

Problemstillinger

Det vi ser i pasientkasuset, er noe vi tror mange som jobber med psykisk helsearbeid kan kjenne seg igjen i. Psykisk lidelse er også i vårt samfunn et tema forbundet med stigmatisering, og det er ikke uvanlig med en avstand mellom hvordan et menneske oppfatter seg selv og hvordan omgivelsene oppfatter den samme personen. Når vi da i tillegg legger til en person med en blanding av to ulike kulturforståelser, får vi en situasjon med en rekke problemstillinger. Pasienten valgte på et tidspunkt å reise tilbake til Norge for å oppsøke hjelp, angivelig på grunn av sin tillit til hjelpeapparatet. På grunn av sin lange botid i ankomstlandet er dette en sannsynlig løsning, men det er uvisst hvordan pasientens kunnskapsnivå om psykisk lidelse var på dette tidspunktet. Somaliske migranter tilhører ofte den private sektoren i Kleinmanns strukturelle modell på den måten at helseinformasjon og beslutninger angående helse foretas i familien/storfamilien (1). Hvis han antok at det var en psykisk lidelse han var rammet av, kan en mulig årsak være at hans lidelsesbegrep (illness) preget av ankomstlandet skiller seg så radikalt fra sykdomsbegrepet (disease) i opprinnelseslandet og at han så for seg at hjelp fra en større profesjonell sektor var bedre enn hjelpeapparatet i Somalia som er mer preget av en folkelig sektor med tradisjonell medisin (1). Et annet tenkt tilfelle er at det ikke var psykiske problemer han ønsket å få hjelp med, men at han antok at han var rammet av en somatisk lidelsestilstand. Somatisering er et vanlig fenomen blant migrantbefolkningen (3,7,14) og kan ha gjort den første kontakten med hjelpeapparatet mer naturlig. Traumer og tidligere livserfaringer kan også ha spilt inn på avgjørelsen. Vi ser at han fikk konstatert psykosesyntomer, men for én med denne bakgrunnen, kan vi heller ikke utelukke at endringen i sinnstilstand kan ha skyldtes dissosiasjon og gjenopplevelser av tidligere krigstraumer i opprinnelseslandet. Dette kan igjen ha gjort at han søkte seg tilbake til Norge.

Noe som kan ha vært utfordrende for pasienten, er at han forlot sine foreldre og slekt for å reise tilbake til Norge. Det å forlate nær familie og å ikke la seg behandle i henhold til tradisjonell islam og somalisk kultur kan i ytterste konsekvens bli sett på som et svik (1). På samme måte skiller pasienten seg fra en vanlig retning i somalisk kultur ved at han opptrer i så stor grad på egen hånd i en kultur hvor ordtaket sier at en syk mann får råd fra de hundrede, at man normalt sett rådfører seg med klanen og tar imot råd fra de eldste (1).

Endring i forløpet

Det vi ser i pasientens behandlingsforløp er at det er en endring i oppfatningen av hva som er den reelle problemstillingen og et misforhold mellom pasientens og behandlernes vurdering av situasjonen. Han lot seg behandle i henhold til frivillig psykisk helsevern og historiens åpne slutt sier ikke hvorvidt han ble vurdert for tvungen behandling. Uansett er psykisk helsevern et område som i stor grad er rettighetsstyrt av Psykisk helsevernloven (25). Rettigheter som går ut på å ivareta den enkeltes behov (21,26) kan være særlig sentralt i ivaretagelsen av pasienter med migrantbakgrunn. Studier har vist at kartlegging og diagnostisering av disse pasientene gir en større variasjon i form av resultater enn for pasienter født i bostedslandet (7). Endringen i forløpet over utvikler seg fra å frivillig oppsøke hjelp, til å akseptere en psykoselidelse for så å

endre seg til en oppfatning av at ånder/jinner påvirket hans psykiske helsetilstand. Ekstra oppmerksomhet på den transkulturelle oppfatningen av psykisk lidelse, god tid og gode rammer for kommunikasjon kan være nødvendig når man undersøker pasienter med migrantbakgrunn (3). Spørsmålet er om dette ble gjort i vårt tilfelle. Burde man gjort en grundigere undersøkelse siden pasienten først ble henvist til DPS eller da han ble innlagt på sykehuset? Burde man hatt mer kunnskap om ulike måter å beskrive psykiske/kroppslige plager i ulike kulturer? Burde man også brukt tolk? Pasienten hadde bodd lenge i Norge og behersket språket, men sykdomsterminologier kan være nye for ham. Uten god kommunikasjon, forsvinner kultursensitiviteten som flere forskere fremhever som svært viktig (1,7). Dette kan også ha hatt påvirkning på hvorvidt pasienten ble oppfattet med symptomer på psykose eller om plagene skyldes dissosiasjon og traumer. Det er små nyanseforskjeller mellom de ulike symptomene (7) og en grundig og kultursensitiv dialog kan ha stor betydning for videre behandling. Til hjelp i disse situasjonene kan man i tillegg til tolk også benytte standardisert intervjuguide (3) eller helsedirektoratets veileder for traumatiserte flyktninger (27).

Ulike oppfatninger

Noe av det som preger utviklingen i synet på lidelsen gjennom forløpet, er at avstanden mellom lidelse

RELIGIØS HJELP:

I Somalia kan det vi oppfatter som en psykisk lidelse oppfattes som en forbannelse eller demonbesettelse. Det er mest vanlig å søke hjelp hos familie og slekt; hos imamer, sjeiker og healere som behandler ut fra Koranen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



(illness) og sykdom (disease) fremstår som økt i motsetning. Dette i motsetning til det som er ønskelig for en god transkulturell forståelse, at den minsker (1). Vi har drøftet ulike forklaringsmodeller på hva som gjorde at pasienten oppsøkte hjelp, og i slutten av pasienthistorien gir han uttrykk for en oppfatning som er mer i overensstemmelse med opprinnelseslandet enn med ankomstlandet. Oppfattelsen av jinn, er noe mange tar med seg når de migrerer. Vestlig oppfattelse av psykisk lidelse er ukjent for mange med somalisk bakgrunn (1). Det som imidlertid er felles er at diagnoser og psykisk lidelse er forbundet med stigma (28). I somalisk opprinnelseskultur kjennetegnes stigmaet gjennom frykten for waalli – galskap – noe som igjen forbindes med å ikke kunne ta vare på seg selv (1). Våre erfaringer tilsier at stigmatisering kan gjøre det vanskelig å gjenkjenne seg selv i en diagnose. Vi kan tolke denne pasienten sitt forløp som en ambivalens. Ikke bare mellom sykdom og ikke sykdom, men mellom to kulturer og systemer som han har et forhold til. Et fenomen som forekommer er når omgivelsene forventer at mennesker med migrantbakgrunn innehar noen elementer i personligheten fra opprinnelseslandet og andre fra bostedslandet uten at disse er integrerte med hverandre (29). I vår pasienthistorie kan dette muligens ha bidratt til at pasienten fremsto så polarisert som han gjorde, at han gikk fra det ene ytterpunktet til det andre. I tillegg kan en eventuell mangel på kultursensitivitet ha gjort at han vendte seg til sin opprinnelseskultur, en lojalitetshandling som et minoritetsmiljø ofte forventer (1). En siste teori som forklarer polariseringen er at i settinger med ulik kulturbakgrunn er det økt sjanse for overføring- og motoverføringsreaksjoner, noe som i ytterste konsekvens kan medføre overhøflighet og underkastelse i visse situasjoner, mens andre situasjoner kan ende med avstand og fornektelse (30).

Kulturelt møtepunkt

Når det gjelder iverksatte tiltak, så er den medikamentelle biten en integrert del av vestlig psykosebehandling. Motstand mot medisiner er hyppig forekommende også i den etnisk norske befolkningen og for pasienter med somalisk bakgrunn som tradisjonelt ikke støtter vestlig medisin som helbredende (1) kan man ytterligere forstå denne pasienten sin ambivalens til dette tiltaket. For mennesker som bor i utviklingsland som Somalia er det dessuten påvist en høyere resiliens og raskere bedring ved psykiske plager enn for mennesker i den vestlige verden (7), noe som kan begrunne hans tvil til bruk

av medisiner. En mulig forklaring på dette er at det i den vestlige verden er lavere aksept for atferdsavvik og mer stigmatisering av disse, mens det i somalisk kultur er mer akseptert å være annerledes uten at dette blir oppfattet som galskap.

Avstanden mellom pasientens oppfatning og de iverksatte tiltakene var heller ikke egnet til å bygge

«Man kan få onde jinner ved ikke å følge Koranen.»

relasjon mellom pasient og behandlingsapparat. At relasjoner i seg selv er helsefremmende, er godt dokumentert (31) og relasjonene må nødvendigvis være bygget på gjensidig tillit. I arbeid med migrantpasienter med traumer og tidligere opplevelser av å bli overlatt og sviktet, kan det være utfordrende å vinne tillit (3). Pasientens ønske om å behandles i moskeen er vanskelig å integrere i behandlingstilbudet, men man har mulighet for å tilrettelegge for åndelig og religiøs tilknytning som en del av en helhetlig behandling. Mange sykehus har for eksempel tilknyttet en imam, noe som kan være et brobyggende tiltak. Hvis imamen i tillegg kan anerkjenne og formidle behovet for elementer i behandlingen i bostedslandet, kan dette være med på å skape et kulturelt møtepunkt og en trygg ramme som kan minske det polariserte skillet mellom opprinnelseskulturen og kulturen i bostedslandet. Det kan igjen gjøre det lettere for pasienten å resonnerer rundt sine plager og bakgrunnen for disse, noe som for vår pasient kunne gjort det lettere å utrede hvorvidt plagene skyldtes traumer eller en eventuell psykosetilstand.

Skape trygghet

Med et slikt utgangspunkt ville det også være mulig å jobbe med resiliensfremmende tiltak. Grunnleggende for dette er å gjenvinne sin verdighet og selvrespekt (3). Pasienten sin polariserte tilstand kan ha medført desorientering og tapsfølelse (32). Returen til Norge kan ha medført en følelse av svik mot familien. Resiliensforskningen vektlegger helhetlige tiltak som retter seg mot familie og andre psykososiale faktorer (33). Samtidig er trygghet og tidlig identifisering av traumer resiliensfremmende. Vår pasient hadde bodd lenge i Norge og fremstått som trygg, men kan ha hatt traumer som ble fortrenget eller ikke ble identifisert. Hvis man kan skape tillit og gjennomføre brobyggende tiltak, kan dette være trygghetsskapende og bidra til økt forutsigbarhet i bostedslandet (3).

Utvikling av resiliens forutsetter også at pasienten får være aktiv og ta egne avgjørelser (3). Mange av disse faktorene henger sammen, og et helhetlig opplegg preget av trygghet og forståelse, kan gjøre det lettere å mestre sin egen historie og kultursammensetning (3).

Vi har i denne artikkelen beskrevet en pasient med somalisk bakgrunn og derved forsøkt å bidra til at psykisk helsearbeidere kan få økt forståelse for migrantpasienten som enkeltindivid med særlig utfordrende bakgrunn i et transkulturelt perspektiv. Vi har også belyst dette ved en gjennomgang av relevant litteratur. Denne kunnskapen anser vi som svært relevant i dagens samfunn som er preget av store flyktningstrømmer og ser det som en viktig oppgave å videreformidle kunnskaper om migrasjon til kolleger og oppover i systemene i organisasjonen.

Når vi vet at opplevelsen av trygghet i eksillandet har betydning for utvikling av migranters psykiske helse (1,3,7) har vi et håp om at helse- og sosialarbeidere etterkommer menneskerettighetene og norsk lovverk som felles påpeker viktigheten av å møte andre mennesker med respekt, å søke og ivareta den andres iboende integritet. Målet er at dette vil bidra til en likeverdig helse- og omsorgstjeneste.

Med mer kunnskap på dette området, tror vi at det kan gi helsegevinst for den enkelte og at det der ved, på sikt, kan ha positiv innflytelse på samfunnet både sosialt og økonomisk. ■

Referanser:

1. Hjelde, K.H. (2013). Migrasjon, kultur og psykisk helse, I: R. Norvoll (red.): Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver. Oslo: Gyldendal Akademisk, (kap. 7, s.166-187).
2. Harsløf, K.H. og Fangen K. (2006). Oppfølging, respekt og empowerment. Norsk tidsskrift for Migrasjonsforskning (s.79-99).
3. Varvin, S. (2015). Flukt og eksil. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
4. Hummelvoll, J.K. (2006). Praksisnær forskningsetikk. I: Hummelvoll J.K., Andvig, E., Lyberg A. (Red.). Etske utfordringer i praksisnær forskning. Oslo: Gyldendal akademisk.
5. Storholt, T. (2006). Kulturelle aspekter ved sykdom og behandling. I: Dahl,S (red.), Sveeass, N.(red.), Varvin, S.(red.). (2006). Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. (ISBN: 82-8122-005-8, 978-82-8122-005-8). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
6. Hylland-Eriksen, T og Sørheim, T.A. (2009). Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. Oslo: Gyldendal akademiske AS.
7. Bäärnhielm S. (2014). Transkulturell psykiatri. Stockholm: Natur & Kultur.
8. Abebe, D.S., Spilker, R.S., Hjelde, K.H. (2010). Innvandrerne er ikke en homogen gruppe. Tidsskrift for Den Norske Legeforening. 130(15), 1454.
- 9.
10. Skårderud F., Haugsgjerd S., Stånicke E. (2010). Psykiatriboken Sinn – Kropp – Samfunn. Oslo: Gyldendal akademiske.
11. Malt, Retterstøl og Dahl (2004). Psykiatriboken. Oslo: Gyldendal akademiske.
12. Helsedirektoratet (2013). Utredning, behandling, og oppfølging av

- personer med psykoselidelser. Nasjonalfaglige Retningslinjer (IS 1957). Oslo: Direktoratet.
13. Hauff., E. og Dahl S., (2006). Rehabilitering av flyktninger med kroniske lidelser. I: Dahl,S (red.), Sveeass, N.(red.), Varvin, S.(red.). (2006). Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet19.10.15, fra: <http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/PsykArbeidFlyktningerVeileder.pdf>
14. Bäärnhielm B., Rosso M.S., PATTYI L. (2010). Kultur, kontekst og psykologi. Manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen fra DSM-IV . Oslo: NAKMI-Nasjonale kompetansesenter for minoritetshelse.
15. Nørregaard, C. (2002). Kulturbundne syndromer, somatoforme tilstande, dissociation og angst. Alberdi, F., Nørregaard, C., Kastrup, M. & Kristensen, M. Transkulturell Psykiatri. København: Hans Reitzels forlag.
16. Skaaden, H., & Felberg, T. (2011). Språkbarrierer og profesjonell integritet i psykologers virke. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48, 535-537.
17. Helsedirektoratet (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. (IS 1924 veileder). Oslo: Direktoratet.
18. Helsedirektoratet (2010). Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familielegenforente. (IS 1022). Oslo: Direktoratet.
19. Helsepersonelloven (2010). Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
20. Jensen, P og Ulleberg I. (2011). Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendal Akademiske.
21. Norsk sykepleierforbund(2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 19.10.15 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-vi-YER-hefte_pdf.pdf
22. Utlendingsnemda (UNE). (2015). Hentet fra: <https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/sentrale/utlendingsloven/kap4/28/>
23. Thune, G.H., Stavrum, A., (2012). Menneskerettighetene i helse- og sosialsektoren og NAV. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
24. Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d34cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
25. Psykisk helsevernloven. (2001) Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>.
26. Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001) Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
27. Jareg og Sveaass N., (2006). Nyttige spørsmål i tidlige møter med flyktninger henvis til behandling i det psykiatriske hjelpeapparat. Dahl,S (red.), Sveeass, N.(red.), Varvin, (2006). Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
28. Norvoll, R. (2013). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. Norvoll, R.(Red.) Samfunn og psykisk helse. Oslo: Gyldendal.
29. Gullestad, M. (2002). Det Norske -sett med nye øyne. Oslo: Universitetsforlaget.
30. Alberdi, F. (2002). Kultur, personlighetsmodeller og psykoterapi. Alberdi, F., Nørregaard, C., Kastrup, M. & Kristensen, M. Transkulturell Psykiatri. København: Hans Reitzels forlag.
31. Borg, M., Topor, A. (2014). Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser (3. revidert utgave). Oslo: Kommuneforlaget.
32. Papadopoulos, R. K. (2002). Refugees, home and trauma. Papadopoulos, R.K.(red.) Therapeutic Care for Refugees. No Place like Home. London New York: Karnac.
33. Simich, L., Andermann, L. (2014) Refuge and Resilience. Promoting Resilience and Mental Health among Resettled Refugees and Forced Migrants. Dordrecht: Springer.

Psykisk helse og seksualitet

– tør vi snakke om det?

ET IKKE-TEMA: Spør man helsearbeidere om hvorfor temaet seksualitet ikke tas opp, svarer mange at de føler de mangler kunnskap. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Min erfaring er at seksualitet fremdeles er et ikke-tema i helsevesenet. Hvorfor er det slik? Vi vet jo at sykdommer berører den seksuelle helsen.

Dere har tatt orgasmen min i fra meg, roper en kvinne i begynnelsen av 40-årene. Hun er innlagt på en akuttpsykiatrisk avdeling. Kvinnen behandles for depresjon.

Det er selvsagt viktig for henne å bli behandlet for sin depresjon, men på grunn av medisineringen, har hun mistet lysten og evnen til å oppnå orgasme. For henne er egenseksualiteten en ressurs, noe som gir henne nytelse og ro og en pause fra vanskelige følelser.

Henger sammen

Behandling av ulike sykdommer, det være seg kreft, psykiske lidelser, kroniske lidelser, skader og funksjonshemming vil kunne påvirke seksuell utfoldelse og opplevelse negativt. Seksuelle problemer kan også føre til redusert fysisk og psykisk helse. For dem som opplever krise i forhold til egen identitet eller annerledes seksualitet, vil selvsagt både den mentale og den seksuelle helsen bli berørt.

Ut ifra dette, ser vi at den seksuelle helsen er forbundet med det meste og det meste er forbundet med seksuell helse. Den er bare ikke forbundet med vårt tilbud innen helsetjenesten.

«Kanskje er det å skape tabuer uttrykk for primitive menneskelige forsvarsmekanismer. Når

det er noe som er vanskelig, later vi som det ikke er der». (1)

Kanskje er dette den egentlige forklaringen på hvorfor vi ikke tar opp temaet i møte med den enkelte?

Seksuelle spørsmål

Seksualiteten tilhører i utgangspunktet den mest intime delen av livet vårt og den spiller på dype og private strenger i oss. For de fleste innebærer det at vi ikke snakker med hvem som helst om vår seksualitet. For mange betyr det at de ikke snakker med noen om det.

Spør man helsearbeidere om hvorfor temaet seksualitet ikke tas opp, svarer mange at de føler de mangler kunnskap. Det er få som har hatt temaet i sin utdanning og dermed har man kun sin egen seksualitet som referanse, og den bør man unngå å snakke om i møte med pasienter.

Seksuelle problemstillinger utfordrer oss sterkere og dypere enn andre menneskelige problemer fordi det berører oss følelsesmessig, moralsk og faglig.

Tidspress er annen faktor. Når mange oppgaver skal løses på kort tid, blir seksuelle problemer sett på som «luksusproblemer».

Kanskje er vi redde for hva kolleger og andre vil tenke om oss hvis vi tar opp seksuelle spørsmål?

Av **Lene Pedersen**, psykiatrisk sykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning, NACS. Leder ved Lærings- og mestringssenteret, Nordlandssykehuset.

«Vi vet jo at sykdommer i seg selv berører den seksuelle helsen.»

Om å tørre og prate

Mange tenker kanskje også at seksualitet ikke er viktig for pasienten akkurat nå. Hvis en mann på kirurgisk avdeling nettopp har fått anlagt stomi, vil han antakeligvis ikke tenke på sex der og da. Mest sannsynlig vil han bekymre seg for hvordan det seksuelle kommer til å fungere når han kommer ut fra sykehuset.

Undersøkelser viser at svært få pasienter tør å ta opp seksuelle problemer med hjelpeapparatet, hvis ikke vi åpner for det. Mange er redde for hva helsepersonell vil tenke om dem hvis de tar det opp mens de for eksempel er under behandling. Dermed forspilles det som kunne vært en viktig ressurs for pasienten i det vanskelige.

Å snakke om seksualitet innebærer å tørre. Det handler nok oftest om å sette ord på opplevelser og følelser, men også å avdekke eventuelle medisinske dysfunksjoner.

Bør være obligatorisk

I en undersøkelse av stomipasienter oppga 98 prosent at informasjon om sexlivet burde være obligatorisk i den preoperative samtalen, mens kun 42 prosent rent faktisk hadde hatt en slik samtale.

I en studie av hjertepasienter mente et stort flertall, at seksualrådgivning var nødvendig, mens kun 3 prosent av menn og 18 prosent av kvinner fant den gitte informasjonen tilstrekkelig.

Defensive argumenter om hensyntagen til pasienters grenser og integritet rettferdiggjøres altså ikke av foreliggende forskning. (2)

Hva trengs for å kunne snakke om seksualitet?

Et vanskelig språk

Som tidligere nevnt er det få som har hatt temaet seksualitet i sin utdanning og dermed er dette et område de fleste ikke føler seg utdannet til å være profesjonell i forhold til. Det blir da ens egne personlige erfaringer en har som referanse. Man blir derfor ekstra sårbar dersom man åpner opp for å snakke om seksualitet, fordi en utsetter seg for å eksponere egne problemer.

Hvis en ikke har erfaring med å snakke om seksualitet vil det også være vanskelig å finne et språk

som faller en naturlig. Skal en bruke ord som vagina, skjede og penis eller skal en bruke de ordene som alle vet hva er, men som ingen tør si høyt?

Derfor trenger man å skaffe seg kunnskap for å utvikle kyndighet. Man bør ha tilstrekkelig kunnskap om kropp og seksualitet for å kunne vise pasienten at en har noe å bidra med. Man må også tørre å begynne å bruke ordene, selv om de føles som om de sitter fast i munnen.

Videre utvikles kyndighet gjennom erfaring med mennesker som betror deg sin historie og sine problemer. Gjennom å snakke med mennesker lærer en seg også noe om hva som er allmenne erfaringer og hva som er mere spesielle erfaringer.

Være fordomsfri

Pasientene forventer ikke at helsepersonell skal vite svaret på absolutt alt, men at de skal være åpen for å ta imot og forsøke å hjelpe.

Den tryggeste holdningen man som helsepersonell kan ha, er å tillate seg og ikke vite alt, men vite hvor kunnskapen er tilgjengelig. Kunnskapen kan være i form av andre kolleger som kan noe du ikke kan. Det kan være oppslagsverk i avdelingen og det kan være brukerorganisasjoner som kan kontaktes.

Når en skal snakke om seksualitet er det viktig å være fordomsfri. Det betyr at en har en åpen holdning til det pasienten forteller. Hvis en pasient sliter psykisk fordi vedkommende er homofil og har vanskelig for å akseptere det, vil det være svært uheldig om vedkommende møter noen i hjelpeapparatet som har store problemer med å akseptere homofile.

For å bli bevisst sine egne holdninger, må man utfordre sine egne fordommer og sine egne tabuforestillinger. Man må rett og slett spørre seg selv «hva tenker og føler jeg om dette?»

En kan også lese litteratur, se filmer, oppsøke møteplasser og å søke på nettet for å lære mere om ulike problemstillinger.

Selv om det er ønskelig og nødvendig at helsepersonell tar opp temaet seksualitet i møte med pasienter, betyr det ikke nødvendigvis at en skal snakke med alle pasienter om det. Hvis pasienten uttrykker at vedkommende ikke ønsker å snakke om det, så skal det selvsagt respekteres. Ingen skal



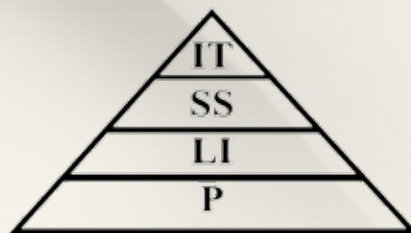
UTFORDRENDE: Seksuelle problemstillinger utfordrer oss sterkere og dypere enn andre menneskelige problemer fordi det berører oss følelsesmessig, moralsk og faglig. Foto: Colourbox.

måtte snakke om sin egen seksualitet uten at det er grunnlag for det. Fallgruvene er altså at helsepersonell ikke snakker om seksualitet i det hele tatt, eller at man tenker at man skal snakke med alle pasienter om det. (1)

PLISSIT-modellen

I 1976 utarbeidet den amerikanske psykologen Jack Annon PLISSIT-modellen – en modell som beskriver en måte å kommunisere, og behandle seksuelle problemer, på ulike nivåer. Modellen representerer en gradert og terapeutisk tilnæringsmåte. De enkleste problemene kan løses på første nivå, mens de vanskeligere spørsmålene må tas på høyere

kan anvendes både i seksuell opplysning, rådgivning, behandling og terapi.



P=Permission= Tillatelse. Man gir tillatelse til å være seksuell og til å snakke om seksualitet. På dette nivået vil det være naturlig å tilkjennegi overfor pasienten at her kan du også snakke om seksualitet og samliv.

LI=Limited information=Begrenset informasjon. Man gir begrenset informasjon om seksualitet. Det vil være naturlig å informere pasienter om bivirkninger av medisin, også seksuelle. Man kan tilkjennegi at mange kan oppleve uønskede bivirkninger. Om pasienten skulle oppleve det, bes vedkommende om å ta dette opp slik at man kan forsøke å finne en løsning på problemet.

«Svært få pasienter tør å ta opp seksuelle problemer.»

nivåer. Dette er altså både en praktisk modell og en påminner for helsepersonell om at ikke alle problemer nødvendigvis må løses av spesialister, eller at man trenger å gå i dybden for å kunne løse dem. (3)

Den grunnleggende tanken i modellen er at den



«Man bør ha tilstrekkelig kunnskap om kropp og seksualitet.»

SS=Specific suggestions=Spesifikke forslag. Man gir spesifikke, konkrete råd om hva som kan hjelpe. Skulle det omhandle bivirkninger av medisin kan man komme med konkrete forslag på hva som kan avhjelpe problemet.

IT=Intensiv therapy=Intensiv terapi. De problemene som ikke er avhjulpet på de tre øverste nivåene krever spesialisert behandling. For eksempel seksualterapi, henvisning til klinisk spesialist eller kirurgisk behandling.

Hvilket av de fire nivåene som tas i bruk avhenger av problemstillingen.

Helsepersonell med minimum 3. årig utdanning bør være i posisjon til å gi råd og behandle på de to nederste nivåene av PLISSIT-modellen.

Må forankres

Det er også avgjørende at det ikke blir den enkeltes ansvar å snakke om seksualitet i møte med pasientene i helsetjenesten. Det blir for tilfeldig. Temaet må forankres i den enkeltes enhets prosedyreverk. Det må også tematiseres på personalmøter, fagdager og konferanser for å øke den enkeltes åpenhet og forståelse for viktigheten av å ta opp temaet.

Gjennom å snakke med kolleger om seksualitet får en øvelse i å ta ordene i sin munn. Det åpner også opp for diskusjoner som kan være klargjørende for hvordan en best kan møte seksuelle problemstillinger hos den enkelte. Det er viktig at det er tilgjengelig aktuell litteratur, fagtidsskrifter, brosjyrer og kontaktinformasjon til aktuelle fagpersoner en kan kontakte ved behov for kunnskap og veiledning. Denne informasjonen bør også være tilgjengelig for pasientene.

Det kunne kanskje passe nå at du legger fra deg bladet og bruker litt tid på å tenke igjennom: «Hvordan er det på min arbeidsplass?» «Hvordan forholder jeg meg til temaet seksualitet?» «Vil jeg kunne tørre å snakke om det i møte med mine pasienter?» «Og hva må eventuelt til for at jeg skal tørre det?» «Og skal jeg gjøre noe med det?» ■

Referanser:

1. Almås og Benestad, 2006, Sexologi i praksis
2. Graugaard, Møhl, Hertoft, 2006, Krop, sykdom og seksualitet
3. Aars Håkon, 2011, Menns seksualitet
4. Tidsskrift for Psykisk helsearbeid 04/10 Den Norske seksualfolkehelse







IKKE KVINNE PÅ PAPIRET: Kvinnen i pels er Christine Jorgensen, født George. Hun gjennomgikk en kjønnskorrigerende operasjon i Danmark i 1952. Vel hjemme i USA ble hun talskvinne for transseksuelle. På bildet er hun på vei ut fra The New York City Bureau of Records etter å ha fått avslag på sin søknad om å gifte seg i april 1959. I fødselsattesten sto hun oppført som hankjønn, og to menn fikk ikke inngå ekteskap. Ved Christines side går mannen hennes, Howard J. Knox. Han mistet jobben da det ble kjent at han var forlovet med Christine.

I denne utgaven av Psykisk helse og rus kan du lese artikkelen «Sex og kjønn – en utfordring for helsepersonell» som blant annet handler om mennesker som trenger kjønnskorrigerende behandling.

Kilde: Scanpix og Wikipedia



Transgender

Sex og kjønn – en utfordring for helsepersonell

Helsepersonell har ofte lite kunnskap når det kommer til seksualitet som ligger utenfor normene i samfunnet.

Sex og kjønn er ikke det enkleste å ha som tema når vi som helsepersonell yter hjelp til ulike pasientgrupper. Sex og kjønn angår oss alle, men er samtidig for de fleste av oss noe som tilhører den private sfære. Å møte pasienter som har problemer og utfordringer på dette området blir naturligvis også en utfordring for oss. Ofte slipper vi denne utfordringen. Pasienten vegrer seg for å ta opp temaet, likeså helsepersonell, noe som igjen fører til at problemet blir forbigått i stillhet. Det blir beklageligvis et ikke-tema.

Seksualitet er en basal del av ethvert menneskets liv, noe vi alle er berørt av i en eller annen form. Kan vår innstilling til utfordringene endres? Tør vi å spørre?

Det viser seg at helsepersonell ofte har liten kunnskap når det kommer til seksualitet som ligger utenfor normene i samfunnet. (4)

Artikkelen er basert på systematisk litteraturrevisjon og kliniske erfaringer fra psykiatri og akuttmedisin.

Kjønn

Hva er det første hjernen din ubevisst registrerer hvis du snur deg for å se hvem som står bak deg i køen? Om det er mann eller kvinne. Kjønn. Ikke om vedkommende hadde stilig jakke på, eller tøffe briller. Kjønn er noe av det naturligste i verden. De fleste slipper å tenke noe videre over dette. Kvinner og menn. Cirka halvparten av hver i verden. Uproblematisk, ufarlig og uten dramatikk.

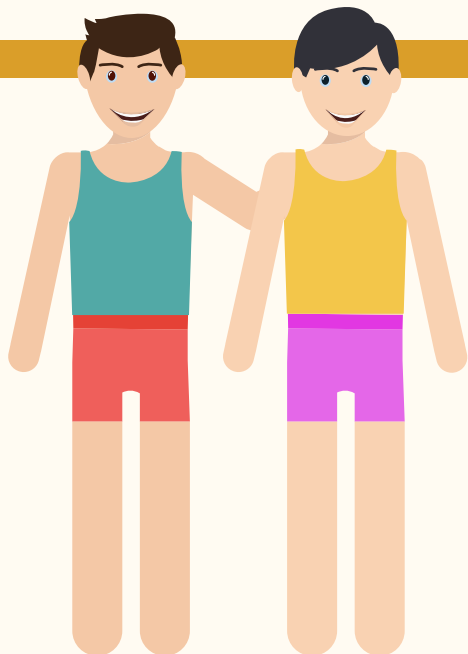
Om en begynner å flytte på kjønn, enten i form av uttrykk, klær, endringer i kjønnskarakteristika (primære og sekundære) så kommer kjønnets kraft voldsomt til syne. Kjønn i bevegelse er gjerne opphav til provokasjon, hat, psykisk og fysisk vold og redsel. «Den skjeggete damen» som artisten fra Eurovision Song Contest ble kalt, var og er jo opphav til mye hat da hen provoserer mange rundt om. Mange, spesielt menn, blir provoserte og sinte når det kommer til kjønn i bevegelse eller en legning utover heteronormen. Det skjer gjerne en indre konflikt som klusser til våre behov for å kategorisere og putte i bås. Oversikt og plassering gir trygghet. Hva er så grunnen til denne måten å reagere på? Kommer det av menneskets ur-instinkter og primitive tenkemåte som kommer i konflikt med vår såkalte intelligens? Mister vi oversikten? Er kjønn som var ufarlig og det naturligste i verden plutselig blitt skremmende og farlig?

For den som beveger seg ut av det normsatte kjønnsmønsteret kan dette oppleves som farlig, angstfullt, flaut og skammelig. Noen gjør det som en interesse eller av spenning. Noen tenner seksuelt på dette. Da velger du å gjøre det. Andre gjør det fordi de må. De har en alvorlig og sjelden diagnose. De er redde, skamfulle, flau og hemmelighetsfulle. De velger ikke. Om ordet valg skal være med her, så snakker vi om avslutning av livet. (6)

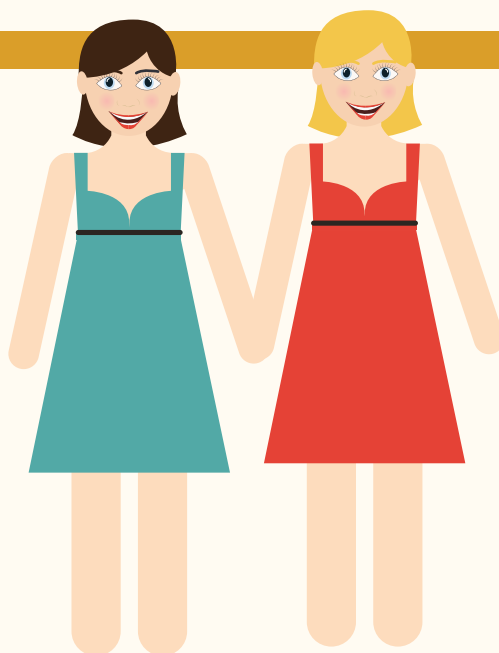
Introduksjon transseksualisme

Der finnes et stort spekter av tilstander og diagnoser som inneholder forstavelen trans.

Av **Ane Grundstad**, sykepleier Bodø Legevakt (tidl. Nordlanssykehuset Psykiatri, Nordlandssykehuset Somatikk)



Gay



Lesbian

MANGFOLD: Langt fra alle mennesker er heterofile. Helsepersonell bør ha kunnskap om hva det vil si å være lesbisk, homofil, bifil eller transseksuell. Illustrasjon: Shutterstock/Scanpix.

Ordet betyr «på tvers av». Ordet er litt belastet grunnet misbruk (trans, transe, transehore osv.) i likhet med ordet neger eller navnet Harry.

Transseksualisme (ts heretter) er en diagnose (ICD 10 F 64.0). Diagnosen er egentlig ikke en somatisk sykdom, heller ikke en psykisk sykdom, selv om den er kategorisert slik i diagnosesystemet. Det er en tilstand hvor det fysiske og det mentale (jegg-et) er i et misforhold med hverandre hva gjelder kjønn. (2)

Forskjellen på menn og kvinners hjerne kan sees ved røntgenundersøkelse. Hos pasienter med diagnosen ts kan en derav bevise de faktiske forhold. (5)

Utbredelsen er anslått til ca. 0,3% av verdens befolkning, men tallet er vanskelig å anslå da mange aldri blir fanget opp av helsevesenet. (1)(6)

I det engelske språk har de en bedre måte å definere kjønn. Sex betyr fysisk kjønn, mens gender betyr det kjønn du er som person.

Årsak

Hvorfor har menn brystvorter?

Dette og flere andre fysiske tegn avslører hva en vet om fosterets utvikling. Blåkopien av mennesket er hunkjønn. Frem til uke fem i utviklingen av fosteret utvikler alle mennesker seg likt og som hunkjønn. Etter dette endres karakterene til foster som skal bli guttebarn som følge av hormonell påvirkning. Dette styres av XY kromosomets «nøkler». Jentebarn med kromosom XX trenger

ikke påvirkning av andre hormoner, da de skal utvikles i samsvar med mors hormoner i blodbanen. (2)

Hvis et guttefoster ikke klarer å lage nok mannlige kjønnshormon under utviklingen, mens det samtidig påvirkes av østrogen i blodet fra mor kan det skje en form for redusert endring mot et komplett guttebarn. Kroppen kan godt endres 100%, men også hjernen må endres fra utgangspunktet (blåkopien). Om dette ikke skjer får en et individ med mannlige kropp og kvinnelig hjerne. (2)

Motsatt vei kan jentefoster bli påvirket av mannlige kjønnshormoner, som det grunnet XX kromo-

«En føler seg i større eller mindre grad unormal.»

som ikke har produsert selv. Dette kan skje om mor lider av androgenitalt syndrom. Dette betyr at binyrene (der kvinner produserer testosteron) utskiller store mengder testosteron som affekterer fosteret. (2)

En ser andre grader av mellomstillinger rundt kjønn uavhengig av kjønnskromosomstatus, såkalt intersex eller tvekjønnethet. Her har påvirkningen hormonelt ført til en mellomstilling i utviklingen av genitalia. Hvilket kjønn dette individet er og opplever seg som kan ikke fastslås før det kan fortelle dette selv. Det er dog vanlig at foreldrene velger et kjønn tidlig etter fødsel, og barnet gjennomgår en

kjønnskorreksjon. Det er ca. 2 % av verdens befolkning som fødes med denne tilstanden. (6)

Ts er ikke en legning. Det forteller ingenting om individet føler seg tiltrukket av menn eller kvinner. Også kjønnskorrigerte kan ha homofil legning. (2)

Kjønnskifte..?

«Har du hørt at Kari har skiftet kjønn?»

Nei, Kari har ikke det. Et menneske kan ikke skifte kjønn. Kjønnskifte har vært brukt i alle år om behandlingen som tilbys ts-pasienter. Både media og fagfolk holder liv i denne definisjonen. Dette er misvisende og krenkende for den det gjelder og som ikke opplever noe kjønnskifte. Ordet kommer sannsynligvis fra omverdens opplevelse av at Kari var en kvinne og ble en mann. Fakta er at Kari aldri var en kvinne, men det så sånn ut.

Den korrekte fremstillingen er kjønnsbekreftende behandling eller urogenital korreksjon.

Det er umulig å endres fra å være det ene og bli det andre. Dette er selve kjernen i ts. En er sitt

«Angst, alvorlig depresjon og selvmordsplaner er ikke uvanlig.»

opplevde kjønn, men kroppen har ikke vært med på utviklingen. Det er misforholdet som er essensen her. (2) Om en tar et menneske med harmoni mellom fysisk og opplevd kjønn, tvangsopererer det nedentil, så vil ikke vedkommende føle seg som det fysiske kjønn kirurgene har skapt. På engelsk blir det mer tydelig, sex sitter mellom beina, gender sitter mellom ørene. Og det er mellom ørene vi er, føler, sanser og lever. En blir ikke trist i stortåa.

Bare primitive skapninger som enkelte frosker og fisk kan skifte kjønn om det er for lite av et kjønn i dens habitat.

Behandling

Som nevnt er ts en tilstand som er svært vanskelig for den det gjelder. Uoverensstemmelsen oppdages vanligvis i egen bevissthet i barneårene. Barn og kjønn er ikke så alvorlig. Det er fra puberteten og utover at tilstanden blir mer alvorlig. Kroppen får sine sekundære kjønnskaraktistika (bryster, former, menstruasjon osv. eller skjeggvekst, dyp stemme og økt kroppshår). Dette vil for ts-pasi-

enter føles som et steg i gal retning. En opplevelse av seg selv blir bare enda mer feil enn den var. I tillegg blir relasjoner og seksualitet mer alvorlig fra puberteten av. Det stilles krav som er kjønnsavhengig. Forventninger oppstår i forhold til hva du kan, hvilke interesser og verdier du har, å få seg en kjæreste og å oppføre seg som forventet ut fra det kjønn verden rundt ser. Disse kravene blir ofte vanskelig å fylle for den det gjelder. Livet blir et skuespill hvor en skjuler seg selv og sitt virkelige jeg. Livet blir en kamp som er både ensom og veldig ressurskrevende. Dette kommer i tillegg til de kravene som alle andre har, som skolegang, jobb og familie.

Disse kravene blir ofte for mye for pasienten, noe som går ut over mentalhelsen. Angst, alvorlig depresjon og selvmordsplaner er ikke uvanlig. Pasienten er i en tilnærmet umulig situasjon som ofte oppleves som et mareritt som starter hver eneste dag når en våkner. Hvor mange som sliter med kjønn eller legning av pasienter i psykiatrisk behandling vites ikke, da mange ikke klarer å fortelle om dette. Skammen blir for stor. Sannsynligvis er det en høy andel av pasienter i psykiatrien som er der av grunner som behandlingsapparatet ikke får vite. (4)

Hva gjør du med dette?

Kan du noe om dette?

Er du usikker og flau hva gjelder kjønn, sex og legning?

Behandlingen av ts er naturlig nok somatisk. En kan ikke endre på opplevelsen av kjønn mentalt. Da må en korrigere kroppen slik at den harmonerer med egen opplevelse av kjønn. (1)

Etter grundig utredning får pasienten hormonell terapi i minst ett år, for så å bli korrigert kirurgisk. Resultatet er avhengig av kroppens utgangspunkt, alder og hvilken «vei» en skal i behandlingen, men de fleste får et veldig bra resultat. (1)

Ingen under 20 år tilbys behandling, som i Norge ligger under Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Ulempen med aldersgrensen er at kroppen har fått de sekundære kjønnskaraktistene. Fordelen er at en er sikrere i avgjørelsen. Behandlingen kirurgisk er naturlig nok irreversibel.

Diagnosen frafaller pasienten etter endt behandling. En er ikke transseksuell eller transperson etter dette. Akkurat som at en pasient med nyresvikt ikke har diagnosen lengre etter vellykket behandling.

Der er dog de pasienter som definerer seg som transperson etter behandling. Det blir et slags



IKKE-TEMA: Pasienter kan vegre seg for å fortelle om sin seksuelle legning, og helsepersonell kan kvie seg for å spørre. Det blir et ikke-tema. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

varemerke og et ønske om å være noe litt uvanlig. Proklamering av dette kan da bli uheldig for dem som ønsker å gå videre og helst glemme den vonde fortiden. Mange pasienter sliter med en kompleks form for PTSD i lang tid etter endt behandling med en historie det er vanskelig å få fred med. (6)

Om pasienten selv klarer å legge den traumatiske fortiden bort, så klarer gjerne lokalsamfunnet å holde liv i sykehistorien. Det er liksom litt spennende og sensasjonelt. Andre synes gjerne det er feil, lureri, skammelig og veldig provoserende. (6) Hatkriminalitet og mobbing er ikke uvanlig å oppleve for denne gruppen mennesker. Mange velger derfor å starte et nytt liv et annet sted i mangel på aksept, og mister mye siden alle har en form for nettverk. Summen av utfordringene i disses liv er brutale, som igjen fører til psykiske belastninger og kontakt med helsevesenet. (3)(4)

Hvem møter de der?

Er kunnskapen god nok?

I så fall hvor finnes denne kunnskapen?

Det finnes i dag bare én helsestasjon for personer

med utfordringer innen kjønn og legning. Denne ligger i Oslo. Tanken er sådd om å få opp et lignende tilbud i Bodø, som et lavterskeltilbud lokalt og regionalt.

Homofili

De fleste i dag kjenner dette begrepet. Ordet kommer av homo som betyr ens eller lik. Fili betyr i kjærlighet til. Mange barn og unge vinger gjerne litt hva gjelder legning i oppveksten. Finne sæ sjæl, som det heter. For de fleste av disse var det en såkalt fase i livet og de lander trygt i heteronormens rede. Andelen homofile i befolkningen er sannsynligvis en del høyere enn det vi vet, men anslås til 3-5%. At andelen er økende handler ikke om at tilstanden er økende, men aksept og opplysning i verden gjør at flere tør å vise det, i hvert fall i den vestlige verden. (6)

Homoseksualitet

Er ikke homoseksualitet akkurat det samme som homofili?

Nei. Forskjellen ligger i at en ved homoseksuelle tendenser får tenning på og ønsker å ha sex med en av samme kjønn, men kan likevel ha sitt liv innen heteronormen, også seksuelt, og vil være der. For homofile er selvsagt homoseksualitet like naturlig

«Veien er fremdeles lang å gå for mange.»

som heteroseksualitet hos heterofile. Forskjellen på de to begrepene er at det ene inneholder primært kjærlighet og ønske om en livsledsager, mens det andre handler om sex. Homofil som beskrivelse blir mest brukt om menn. Kvinner omtales gjerne som lesbisk eller lesbe. Også her blir ordene belastet grunnet brukt i hatsammenheng. Ordet lesbisk kommer fra at det en gang i tiden fantes et rent kvinnesamfunn på den greske øya Lesbos.

Bifil

Noen mennesker føler en kjærlighet til begge kjønn. Det kan være vanskeligere å være bifil, da det oppleves som en ustabilitet hos den det gjelder. Valg av partner blir vanskeligere da spekteret er større og livets fortsettelse til dels avgjøres av hvilket kjønn du velger. Dette skaper usikkerhet, også etter at valget er tatt. Biseksualitet er primært ønske om seksuell kontakt med begge kjønn.

I dag er den kjente bokstavrekka LHBT (lesbisk, homofil, bifil og trans) en del utvidet. Den finnes definisjoner på flere legninger og kjønn. Det blir stadig oftere snakk om behovet for et tredje kjønn, noe som er mer akseptert i andre vestlige land. (6) Dette er sannsynligvis et resultat av større åpenhet og toleranse i samfunnet.

Dette tas ikke med i denne artikkelen.

Oppsummering

Felles for alle som har utfordringer hva gjelder

kjønn, sex og legning er at en står på sidelinjen i forhold til de rådende normene i samfunnet. En føler seg i større eller mindre grad unormal. Hatkriminalitet (fysisk eller psykisk vold grunnet rase, kjønnsuttrykk, legning o.l.), mobbing og hets er vanlig og fører til angst og redsel hos den det gjelder. Dagens samfunn hvor mye kommunikasjon foregår på nett viser tydelig hvilke holdninger som råder, både positive og negative.

Klarer vi i fremtiden på en bedre måte å fange opp de som sliter med disse problemene? Tør vi å spørre om det handler om seksualitet? Vil andelen mennesker som sliter psykisk grunnet seksualitet og legning da bli færre?

Samfunnet i vår del av verden er heldigvis på vei mot større aksept hva gjelder variasjoner i spekteret av mennesker, men veien er fremdeles lang å gå for mange.

Noen spørsmål til ettertanke

- Hvor sitter kjønn?
- Er dine tanker, valg, følelser og verdier definert ut fra hva du har mellom bena?
- Hvordan føler man sitt eget kjønn?
- Hvordan oppdaget du at du var heterofil?
- Er du født heterofil eller ble du det senere?
- Kan det tenkes at du er hetero bare i en fase, som etter hvert vil gå over? ■

Referanser:

1. Tidsskrift for Den norske legeforening, Transseksualitet og behandling i Norge. Nr. 28 -2001
2. Tidsskrift for Den norske legeforening, Kjønnoperasjoner og kjønnsdefinisjoner -hvor sitter kjønn? Nr. 4 -2010
3. NOVA-rapport 19/07, Vold mot homofile og lesbiske tenåring 2007
4. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, Lite kunnskap om diagnosen transseksualisme. Nr. 6 -2008
5. NewScientist, Transsexual differences caught on brain scan 2011
6. LLH -Landsforeringen for Lesbiske, Homofile og Transpersoner



Sex på agendaen

SPoR inviterer:

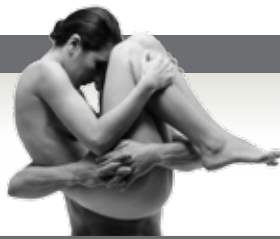
Psykisk helse og Rus – 2016

- 1.–2. juni, konferanse
- 3. juni, forskningsseminar

Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR) har den store glede av å ønske deg velkommen til Psykisk helse og Rus–2016 i Drammen.

Tema i år er seksualitet og dens betydning for vår psykiske helse. Vi har valgt å skifte navn på SPoR sin årlige landskonferansen til Psykisk helse og Rus for å sterkere sette fokus på hva vi ønsker å formidle på konferansen.





Det er lokalgruppen i Telemark som har tatt initiativ til årets tema. Bakgrunnen er at seksualitet er et vanskelig, men viktig tema å snakke om. Mennesker som kommer i kontakt med helsetjenester har behov for at vi som helsepersonell gir rom for samtale rundt dette temaet. Vår seksualitet er en viktig del av vår identitet. Vanskeligheter og utfordringer innen dette feltet påvirker sterkt vår psykiske helse, samt at vår psykiske helse påvirker vår seksualitet. En vet også at mennesker med rusproblematikk ofte har vanskelige opplevelser i forhold til kombinasjonen rus og seksualitet. Som helsepersonell er vi pålagt å snakke og å gi informasjon om de tema som vi vet er viktig for å øke livskvalitet og psykisk helse, deriblant også seksualitet. Vi håper at denne konferansen kan medvirke til at det blir enklere å bringe dette tema på banen gjennom økt kunnskap, praksisbeskrivelser og erfaringsutvekslinger.

I samarbeid med representanter fra Rosa Kompetanse helse og sosial, LLH (Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner), og lokalgruppen for SPoR Telemark har landsstyret i SPoR den glede av å ønske deg og dine kollegaer velkommen til årets konferanse.

Komitédmedlemmer

Gitte Anett Slåtta, SPoR Telemark, Beate Alstad, SPoR Telemark, Inger-Sissel Løberg SPoR Telemark, Nina Hotvedt Sinding-Larsen, Rosa Kompetanse, Silje-Håvard Bolstad, LHL, Torfrid Johansen, Landsstyret SPoR, Siw Elisabeth Helden, Landsstyret SPoR.

Brukerrepresentantene

Nina Hotvedt Sinding-Larsen representerer Rosa Kompetanse helse og sosial (RK) som er et kompetansemiljø som tilbyr kurs, kompetanseheving og faglig bistand til helsevesenet om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Rosa Kompetanse jobber for at mennesker som jobber med mennesker skal kunne møte alle med åpenhet og tilby likeverdige tjenester, uansett seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Rosa Kompetanse er en fagavdeling i LLH, og er fortrinnsvis finansiert av Helsedirektoratet. Vi har en styringsgruppe bestående av de mest sentrale profesjonene i helsevesenet som bidrar til kvalitetssikring av innholdet i våre undervisningsopplegg. Profesjonsorganisasjoner som Legeforeningen, Psykologforeningen, Norsk Sykepleierforbund NSF, Landsgruppen

av helsesøstre NSF, Jordmorforbundet NSF og Fellesorganisasjonen inngår som samarbeidspartnere.

Silje-Håvard Bolstad representerer LLH (Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner), samt at hen er medlem i styringsgruppa til Rosa Kompetanse helse og sosial. Til daglig jobber hen som psykolog på DPS.

Godkjenninger

Norsk Sykepleierforbund: Konferansen er godkjent som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 11 timer.

Norsk psykologforening: Konferansen er godkjent som 11 timers vedlikeholdsaktivitet.

Foredragsholdere

Beate Alstad er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, familierapeut og sexolog. Hun jobber ved DPS akutteam ved Sykehuset Telemark HF og Psykosomatisk Institutt i Skien. Fast skribent i TA, foredragsholder og intervjues til andre aviser. Var med i styringsgruppen for boken "Hva betyr ordene" i seksuell helse for unge voksne med forståelsesvansker, funksjonshemming.

Nina Hotvedt Sinding-Larsen er tiltaksleder for Rosa kompetanse helse og sosial. Hun er utdannet barnevernspedagog og har bakgrunn fra barnevernsfeltet. Nina brenner for å skape gode møter mellom mennesker og å skape fellesskap der det er rom for alle til å være den en er.

Margrete Wiede Aasland er spesialist i sexologisk rådgivning (NACS). Hun har siden 2003 jobbet ved Institutt for klinisk sexologi som spesialist i sexologisk rådgivning, er foredragsholder, forfatter, terapeut og pedagog. Har siden 1986 jobbet med tema barn og seksualitet og seksuelle overgrep mot barn. Hun har skrevet fagboken "Si det til noen – en bok om seksuelle overgrep mot barn og unge". Rev 3 utg. 2014, Barneboka "Jeg er meg, min meg" sammen med Eli Rygg, 2009 og fagboken "Barna og seksualiteten" Cappelen Damm, 2015.

Haakon Aars er overlege ved en åpen post på Akuttpsykiatrisk avdeling på Aker universitetssykehus og klinisk sexolog ved Klinik for psykisk helse. Han har som lege, samfunns-

medisiner, forfatter og psykiater jobbet i en årrekke innen feltet sexologi, og var den første legen som hadde en definert stilling som sexolog på et sykehus. Han holder foredrag om holdningsarbeid i forhold til seksuelle orienteringer. Han var den første i Norge som gjennomførte en studie om seksualitet blant MS-pasienter, og har laget kurspakker for allmennpraktikere i forhold til tema seksualitet. Har tidligere vært overlege ved Olafiaklinikken og generalsekretær i landsforeningen mot hiv og aids. Aars er opptatt av å alminneliggjøre seksualiteten. Han har skrevet boken "Menns seksualitet", Cappelen akademisk, 2011.

Ingunn Vik er utdannet pediatrik sykepleier, helsesøster og sexologisk rådgiver. Hun er prosjektleder på en helsestasjon for LHBT ungdom i Oslo, som er et kommunalt og byomfattende lavterskeltilbud for ungdom mellom 13–30 år. Hun underviser i kjønns mangfold og sitter i styringsgruppa til Rosa Kompetanse helse og sosial. Hun har også vært med i Helsedirektoratets ekspertgruppe for rapporten «Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn», og er en del av det tverrfaglige transkompetansenettverket i Oslo.

Rikke Pristed er psykolog og sexolog. Hun har egen sexologisk praksis i Danmark, underviser på Universitetet i Agder, Københavns universitet, Århus universitet og Ålborg universitet. Hun er fast skribent i Cupido, og intervjues ofte i VG. Hun sitter i etisk komité i Norsk Forening for Klinisk Sexologi.

Frie foredrag og poster

Fredag 03. juni kl 09.00–15.00.

Tema: Sykepleie innen psykisk helse og rus. Det inviteres til muntlige innlegg med 20 min. + 5 min spørsmål (totalt 25 min.). 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:

Tittel:

Navn på forfatter(e): Etternavn, initialer, adresse og e-postadresse til førsteforfatter. Formålet/hensikt, Metode, Resultat, Konklusjon, Nøkkelord.

Abstract sendes: Kurt Lyngved, e-post: kurt.lyngved@gmail.com innen 01.05.16

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

Program

ONSDAG 1. JUNI

- 08.00 Registrering
09.30 Velkommen
09.45 «Seksualitetens historie», Beate Alstad
10.30 Pause.
10.45 «Det seksuelle mangfold», Rosa kompetanse ved Nina Hotvedt Sinding-Larsen
11.30 Pause
11.45 «Barna og seksualiteten...», Margrethe Wiede Aasland
12.30 Lunsj
12.15 «Barna og seksualiteten...», forts.
14.15 Pause
14.30 «Kommunikasjon om seksualitet. Menns seksualitet», Haakon Aars
16.00 Takk for i dag. Medlemmer i SPoR er velkommen til årsmøte
16.30 Årsmøte i SPoR til kl 18.00
19.30 Aperitiff
20.00 Velkommen til konferansesmiddag

TORS DAG 2. JUNI

- 09.00 «Kjønnsmangfold og seksualitet, hvordan kan vi som hjelpere tematisere dette på en trygg måte?», Ingunn Vik
09.45 Pause
10.00 «Kjønnsmangfold og seksualitet», forts
10.45 Pause
11.00 «Kvindens seksualitet – hvordan kommunikerer man med klienter/patienter om seksualitet?», Rikke Pristed
11.45 Lunsj
12.45 «PLISSIT-modellen», Rikke Pristed
13.30 Pause
14.15 «PLISSIT-modellen», forts.
15.00 Avslutning av konferansen

FORSKNINGSSEMINAR

FREDAG 3. JUNI

- 09.00 Åpning av dagen ved faggruppen. Kulturelt innslag.
Tema: psykisk helse og seksualitet
Foredrag med Safia Abdi Haase som er norsk-somalisk sykepleier, og kjent for sitt arbeid mot kjønnslemlestelse.
Foredrag med Karl Kristian Kirchoff som er rådgiver ved folkehelsedivisjonen i Helsedirektoratet.
Han kommer til å snakke om seksualitet, psykisk helse og rus.
12.15 Lunsj.
13.00 Utdeling av Marie Lysnes stipend
13.15 Frie foredrag
14.00 Pause
14.15 Frie foredrag
15.00 Avslutning av forskningsseminaret
15.15 Takk for nå og vel hjem



Praktiske opplysninger

TID/STED: First Hotel Ambassadeur Drammen, 1–3. juni 2016

Psykisk helse og rus – konferansen 1.–2. juni 2016

- Deltakelse begge dager (Medlemmer i SPoR eller brukeorganisasjoner): Kr 2900,-
- Deltakelse begge dager (Ikke medlemmer): Kr 3400,-
- Dagspakke torsdag eller fredag: Kr 1700,-

I deltakeravgiften inngår faglig program, kaffepauser, lunsj torsdag og fredag.

Tillegg til deltakeravgiften:

- Tillegg for konferansesmiddag 1. juni, kr 500,-

- Tillegg til deltakeravgiften ved påmelding etter 1. april kr 500,- tillegg etter 1. mai, kr 1000,-

Forskningsseminar fredag 3. juni 2016

- Deltakelse inklusive lunsj fredag, kr 1650,-

OVERNATTING: Bestilles av den enkelte deltaker direkte. Vi har reservert begrenset antall rom på First Hotel Ambassadeur. Ring 31012100, eller send mail booking@ambassadeurhotel.no Oppgi referanse nummer #008092. Enkeltrom inkl. frokost per natt, kr 700,-. Etter 15.4.2016 gjelder hotellets egne priser.

BINDENDE PÅMELDING: Gå inn på hjemmesidene til faggruppen. Spørsmål vedrørende

påmelding rettes til Anne Margrethe Sandberg. Kontaktinformasjon: e-post: anne.m.sandberg@hint.no Tlf: 74212328 / 90518790.

BETALINGSFORM: Ved elektronisk påmelding vil du få en bekreftelse på skjermen, som du skriver ut. Faktura sendes ut i henhold til bestilling.

AVBESTILLING: Kun skriftlig per mail. Avbestilling før 15. april refunderes 50 % av deltakeravgiften, avbestilling etter 15. april refunderes ikke. Ved ønske om innmelding i SPoR kan du henvende deg til torfrid.johansen@vestreviken.no eller klikk deg inn på www.nsf.no/faggrupper/psykisk-helse-og-rus eller på SPoR på Facebook.

Problemer og muligheter

– to livsanskuelser

Selvhjelp tar utgangspunkt i en forståelse av at livet er både godt og vondt for oss mennesker. I denne artikkelen møter du Lotte og Sara – to venninner med ulik livsanskuelse.

Tekst **Anne Grete Tandberg**, daglig leder, distriktskontor for Buskerud, Vestfold og Telemark, Selvhjelp Norge



Lotte: «Så fint det er i dag. Jeg er så glad for at du ville gå tur når vi begge er hjemme.»

Sara: «Du er alltid så positiv du, Lotte.»

Lotte: «Ja, det er så mye å være glad for. Se så fint det er rundt oss. Godt vær og fin natur.»

Sara: «Jeg skulle ønske jeg kunne se like positivt på ting som deg. Du vet kanskje ikke at jeg nylig har vært innlagt for en tung depresjon?»

Lotte: «Nei, det visste jeg ikke. Så fint at du får hjelp da!»

Sara: «Kanskje det, men jeg vet ikke hvor mye hjelp det er i den behandlingen.»

Lotte: «Jeg kan ikke helt forstå hvorfor du er deprimeret. Du har voksne barn som klarer seg fint, en kjæreste som for-guder deg. Du skriver bøker og holder foredrag som vekker oppsikt. Du er så dyktig!»

Sara: «Jeg vet det, men det hjelper liksom ikke. Helt siden jeg var barn har jeg følt at det jeg gjorde ikke var bra nok. Husker du når vi gikk på barneskolen og fikk karakterboka. Vi fikk

begge Meget godt. Du ble hoppende glad, mens jeg gråt. Meget godt var jo dårligere en Særdeles godt.»

Lotte: «Jeg forstår at det ble stilt høye krav til deg hjemme, men nå må du se fremover, Sara. Godt nok er godt nok.»

Sara: «Nå er vi der igjen. Slik var det når vi studerte også. Du så muligheter, der jeg så problemer. Jeg må innrømme at jeg oppfattet deg som litt overflatisk av og til. Livet er vel ikke bare muligheter og lykke?»

Lotte: «Jeg vet jo det da. Jeg er jo også skilt. Men det er vi jo ikke alene om i dag.»

Sara: «Men du dro jo rett på byen for å finne deg ny mann når x-en gikk.»

Lotte: «Er det noe verre liksom, enn å gardere seg med å ha en mann klar når man bryter ut?»

Sara: «Uff, jeg vet ikke. Men jeg gikk ikke før barna var voksne.»

Lotte: «Der har vi det igjen. Du er alltid så ansvarlig.»

Sara: «Er det ikke bra å være ansvarlig da?»

Lotte: «Vi lever jo bare en gang. Ting

er ikke så farlig. Jeg tror det er best å være optimistisk.»

Sara: «Jeg beundrer deg for ditt pågangsmot. Du har drømmer og får dem realisert. Jeg tenker på journalistutdanninga i voksen alder og drømmejobben din i tv.»

Lotte: «Jeg har alltid hatt lyst til å gjøre nye ting.»

Sara: «Jeg vet det. Du klarer så mye. Samtidig er du pen og har en herlig utstråling.»

Lotte: «Det synes jeg du også har når du er glad, men du bør sminke deg mindre.»

Sara: «Jeg begynner å bli sliten, og må hjem nå for å lage middag.»

Lotte: «Forstår det, men det er alltid så hyggelig å treffe deg. Middagen er forresten snart ferdig hjemme hos oss også, sees.»

Tanker i etterkant hos Sara og Lotte:

Sara: «Jeg lurar på om Lotte alltid er så glad eller om hun utad viser bare den delen av seg selv som er positiv og aktiv. Datteren hennes sa hun var som en jo-jo i humøret. Hun girer seg opp med

DIALOG: Det er viktig i en selvhjelpsprosess at både problemer og muligheter får komme til uttrykk. I mulighetene vil det alltid ligge begrensninger og i problemene vil det alltid ligge muligheter. Illustrasjon: Colourbox/Monica Hilsen.

full aktivitet og dette sammen som en vaskefille. Hun går på ulike kurs som mindfulness, yoga og allslags nymotens prat om selvutvikling og tilstedeværelse. Jeg tror Lotte løper og løper vekk fra seg selv.»

Lotte: «Sara virker jo helt låst i sitt problem fokus. Jeg tror jammen meg hun nesten trives med sin elendighetsbeskrivelser.»

Om artikkelen

Artikkelforfatteren var deltaker og hadde stand for Selvhjelp Norge på SPoR sin landskonferanse i Drammen i år. Samtaler med deltakere og gode innlegg fra foredragsholdere i konferansen inspirerte til å skrive om selvorganisert selvhjelp til fagtidsskriftet psykisk helse og rus. En kronikk kom ut i 3. nummer i 2015: «Viktig kunnskap om å hjelpe seg selv». Denne artikkelen følger opp med refleksjon rundt selvhjelp basert på en fortelling om Lotte og Sara.

Ensomhet og krav

Selvhjelp er alltid noe jeg gjør for meg selv, men som jeg er avhengig av andre mennesker for å få til. Lotte og Sara gir meg tanker om at vi kan bli ensomme om vi velger en enten eller fokusering av problemer eller muligheter i vår livsanskuelse av livet.

Ensomhet er en av våre helseutfordringer i fremtiden. Det ble formidlet av direktør for NOVA Velferdsforskningsinstituttet, Kåre Hagen på konferansen. Hans innlegg var om morgendagens helse. Stadig flere mennes-

ker blir ensomme og sliter psykisk i et tilsynelatende vellykket land med ytre sett velstand. Sosiale forskjeller øker. Arbeidslivet preges av konkurranse og krav til effektivitet. De som klatrer lever i stadig større krav av forventninger og stadig flere faller utenfor på grunn av presset. De som holder koken sliter av effektivitetskrav, mens de som faller utenfor sliter av å ikke klare å henge med i jag om arbeid, penger og velferdsgoder. Slik øker sosiale forskjeller i ytre levevilkår. Det er mulig mange som sliter i dette og får en følelse av ensomhet i et land av ytre sett god velstand.

Fellesskapet

I mitt arbeid med selvhjelp hevdes det fra mange selvhjelpere i selvhjelpsgrupper at det er fellesskapet som er det viktige i den gjensidige hjelpen. Det viktige i fellesskapet er å kunne dele det personlige og viktige i livet. Selvhjelpsgruppen er en arena der jeg får gjort dette. Gjenkjennelsen og det å være i samme båt er viktig. Det å ikke føle seg så alene om det å slite i hverdagen.

Vi må lære oss bedre å håndtere og

men må leve med og håndtere plager og sykdom fremover. Vi lever stadig lenger, blant annet som følge av et profesjonelt behandlingsapparat. Konsekvensen er at flere må leve med mer langvarige og kroniske plager. Med andre ord bør vi erkjenne at livet i seg selv byr på begrensninger og problemer og er en del av hverdagen til stadig flere.

Livskvalitet var konferansens tema. Opplevelse av å ha det godt (livskvalitet), henger ikke alltid sammen med dårlig helse i objektiv forstand, påførte traumer eller velferdsgoder.

I et selvhjelpsperspektiv er opplevelse av egen mestring av hverdag og liv vesentlig uavhengig av om du blir definert som syk eller frisk. Det er ikke de ytre sett objektive kriterier for hva som er godt eller dårlig som er hovedfokus. Det å gå inn i en selvhjelpsprosess handler om å innhente kunnskap innenifra og i en prosess over tid sammen med andre. Den tar utgangspunkt i egen opplevd hverdag og handler om en bearbeidelsesprosess av følelser, tanker og handlinger i nåtid med fokus på ønsket fremtid. Det



«Ensomhet er en av våre helseutfordringer i fremtiden.»

Anne Grete Tandberg

mestre helseproblemer - mer enn å tro at vi kan behandles til friskhet, formidlet Kåre Hagen på konferansen. Han hadde fokus på at ikke folk blir friskere,

er sammenhengen som gir mening og fremdrift i en selvhjelpsprosess. Om jeg får tak i det opplevde problemet og kan knytte det til tanker og handling



GRUPPE: En selvhjelpsgruppe består av mennesker med problemer som sammen med andre vil endre sine egne liv. Illustrasjon: Colourbox/Monica Hilsen.

er det lettere å se hva som skal til for å endre og se mulighetene fremover. I denne prosessen vil det smertelige og mulighetene gå hånd i hånd.

Livet er både godt og vondt

Viser historien om Lotte og Sara noe av dette paradokset med å falle i et enten eller perspektiv av problemer eller muligheter? Og i hvilken grad er dette et hinder for å sette seg selv i stand til å bli en selvhjelper sammen med andre?

Fremdriften i en selvhjelpsprosess er avhengig av både og. Problemene er selve nerven eller drivkraften til å ta fatt. Uten erkjennelse av det som gjør vondt er det vanskelig å gjøre noe med det. Det er utgangspunktet for å ville en endringsprosess til noe som er bedre og annerledes. Uten å få tak i mulighetene i seg selv og rundt seg, er selvhjelpsprosessen en umulighet. Problemet kan vise vei til å se det som kan gjøres. Det vil si at i det smertefulle ligger også løsningen og mulighetene som finnes. Det vil si at jeg ikke kan tenke enten eller. Jeg må tenke både og for å kunne komme i en selvhjelpsposisjon for selvhjelp og endring.

Selvhjelp tar utgangspunkt i en forståelse av at livet er både godt og vondt for oss mennesker.

Til tider kan det være vanskelig å se både det som er godt og vanskelig samtidig. I medgang oppleves livet godt. I motgang oppleves livet ofte vanskelig og vondt. Da kan det være vanskelig å se nyansene og oppleve livet som både og.

Historien om Lotte og Sara leder meg inn i tanker om at stadig flere mennesker blir ensomme og sliter psykisk. Dette skjer i et tilsynelatende vellykket land med ytre sett velstand.

Lottes tanker om Sara får meg til å stille spørsmålet om det i dag er lett å falle inn i en offerrolle av problemer? Lotte tenker at Sara er låst i forhold til sine problemer. Det er nærliggende å tenke at Lotte ut fra sin egen erfaring

av å stadig prøve noe nytt og se fremover, peker på en vesentlig fare for Sara. Sara fokuserer på problemene og på fortiden i samtalen. Hun sier selv at det å se problemer der Lotte ser muligheter er noe som har gått igjen gjennom deres vennskap gjennom livet. Det har blitt et mønster av reaksjon for Sara å ha problemene som fokus. Hun uttrykker det selv slik: «Nå er vi der igjen. Slik var det når vi studerte også. Der du så muligheter, så jeg problemer.» Det er mulig det også går igjen i Saras forhold til andre enn Lotte.

Det andre spørsmålet jeg stiller meg er om vi i dag står i fare for å bli et offer for muligheter, effektivitet og ytre sett velstand. I vår stadige drift mot mer vellykkehets, står vi i fare for å fortrenge og overse realiteten av livets dilemmaer og problem som en viktig drivkraft?

Saras kommentarer til Lotte og tanker i etterkant gjør meg tanker om nettopp dette. Hun sier til Lotte at hun har oppfattet henne som noe overflattisk. Tankene i etterkant tilsier at hun ikke helt tror på holdbarheten i Lottes fokus på det å hele tiden komme videre i livet. Det kan virke som at fremdriften er for hastig til at Lotte får helt troverdighet fra Sara. I tillegg har hun i samtale med Lottes datter fått bekreftet sin antakelse om at Lotte mulig overstyrer sin tro på fremdrift og muligheter.

I en selvhjelpsprosess er du avhengig av at du sammen med andre ser muligheter. Lotte er opptatt av mulighetene og har mulighetsfokus i dialogen med Sara. Spørsmålet er om mulighetsfokus utelukker og tar oppmerksomheten vekk fra realiteter og det som er vanskelig og smertelig i en situasjon?

Som nevnt kan vi lett overse det som er godt i livet. Vi kan ha ensidig fokus på fortiden og problemer i fortid og nåtid. Sara er opptatt av at hun har vært innlagt på grunnlag av en tung

depresjon. Diagnosefokus kan føre til et overdrevet fokus på det som ikke fungerer. Det kan ta fokus vekk fra det som fungerer og mulighetene i det vanskelige.

I dag kritiseres det offentlige helseteapparat for å sykeliggjøre fremfor å fremme helse. Jeg er selv psykiatrisk sykepleier av profesjon og ser faren i overdreven fokus på diagnoser og sykdom. En konsekvens er at mer og mer sykeliggjøres av normale reaksjoner på smertelige erfaringer i livet. Det var også samtaleemne rundt lunsjbordet blant noen psykiatriske sykepleiere på SPoR sin landskonferanse.

Lottes tanker om at Sara trives med sin elendighetsbeskrivelse kan tolkes som at Lotte tenker at problemfokus gir henne noen fordeler. Det er bekvemmelig å ikke ta tak og frir henne fra ansvar fra å gjøre noe

«Det er lett å fortape seg i fortiden.»

med det som for henne oppleves som vanskelig. Det å gå ut av komfortsonen kan bli for smertefullt for Sara. Det kan forstås som en måte å gå inn i en syke- eller offerrolle i forhold til egen situasjon. Det at hun har vært innlagt for en tung depresjon som Sara selv uttrykker det, kan også være for henne en tiltro til at noen kan fikse det som er vanskelig. Det kan være at hun ikke selv tilegner seg den evnen, men tillegger ekspertene i å ordne opp.

Sara sier selv at hun er i tvil om det hjelper den behandlingen hun har fått eller får. Det kan være en del av hennes manglende tro på at noe hjelper og kan føye seg inn i problemrekken. Det kan også være at hun er realistisk og ser begrensning i forhold til en profesjonell hjelp. Det kan være at hun ser det hun selv må gjøre for å komme videre.

Det kan være at hjelpen har gitt henne mer tro på egen hjelp. Her kan folks møte med helsepersonell være av avgjørende betydning for i hvor stor grad de tilegner seg egen evne til selvhjelp.

Fagfolk

Den profesjonelle hjelpen kan fremme og hemme folks egen evne til selvhjelp. Historien forteller oss ikke noe om hva som er de faktiske forhold her. Det som imidlertid er viktig i forhold til folks møte med det profesjonelle hjelpeapparatet er at fagfolk klarer å formidle forskjellen på det de kan bidra med og hva de ikke kan bidra med. Det vil si det folk selv må ta ansvar for å gjøre for å komme inn i en god selvhjelpsprosess. I dette ligger det en avklaring av forventning om hva en kan gjøre selv og hva en trenger andres bidrag til. Det er derfor det er så viktig at fagfolk er i dialog med folk om den selvhjelp folk kan gi seg selv i gjensidige fellesskap. Den selvhjelp som er mulig sammen med andre i gjensidige fellesskap i og utenfor selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Den gjensidige hjelp folk kan få gjennom selvhjelpsgrupper er viktig å få informasjon om mens en er i behandling. Dette er omtalt i kronikken «Viktig kunnskap om selvhjelp. Selvorganisert selvhjelp er mer enn hjelp til selvhjelp - det er behov for informasjon og kunnskap».

Det hevdes at folk i dag har en urealistisk tro på ekspertene. Det har ekspertene selv skyld i hevdes det også. Økende sykeliggjøring i samfunnet blir omtalt i boken: «Det diagnostiserte livet» av Svend Brinkmann (2015). Her drøfter psykologer, filosofer, sosiologer og andre om vi er i ferd med å overdiagnostisere og i økende grad sykeliggjøre sider ved menneskelivet. Madsen er også kritisk til psykologiens domene i dag som han omtaler i boken «den terapeutiske kultur» (2010).

Det kan også ha med en urealistisk tro på at alt kan behandles og et urealistisk ideal om helse som har vært rådende i lang tid sier andre. Det begrunnes ofte

ALENE: Stadig flere mennesker blir ensomme og sliter psykisk. Illustrasjon: Colourbox/Monica Hilsen.



i verdens helseorganisasjons definisjon på helse (WHO) som har vært rådende i lang tid: «En tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte».

I et selvhjelpsperspektiv er en ikke opptatt av syk eller frisk, men å kunne håndtere livet og hverdagen på best måte. Problemet er det den enkelte som definerer, ikke ekspertene. En er ikke så opptatt av en tilstand som det å være i en god prosess. En selvhjelpsprosess derimot er en indre prosess. Jeg får kunnskap gjennom å forholde meg til egne følelser i et samspill med andre mennesker. Jeg lar meg berøre av samspillet og forholder meg til det som skjer i meg og rundt meg. Jeg går inn i en indre følelsesmessig og tankemessig prosess og forholder meg i forhold til en ønsket endring fremover. Selvhjelp er praktisk handling i forhold til en ønsket endring jeg selv ønsker og bestemmer meg for. Det er å ta tak og ansvar for egen gitt situasjon jeg står i her og nå, ikke tidligere eller langt frem i fremtiden. Det er de små skritt ut fra den situasjon jeg selv står i nå som er avgjørende og som gir retning for selvhjelpsprosessen fremover.

Refleksjon

I dialogen mellom Lotte og Sara ser vi at begge reflekterer over den andre, men har lite fokus på egenrefleksjon i forhold til seg selv. Det er mulig de har

imellom. Det vil si at både problemer og muligheter får komme til uttrykk i samtalen. Det er viktig i en selvhjelpsprosess. Det ene utelukker ikke det andre. Problem og muligheter er som nevnt gjensidig avhengig og uatskillelig i en selvhjelpsprosess. De er hverandres forutsetning. I mulighetene vil det alltid ligge begrensninger og i problemene vil det alltid ligge muligheter. Når begge deler kommer til uttrykk i dialogen kan refleksjon og bearbeidelse over tid være mulig. Dialogen kan gi mulighet for å nyansere ensidig fokus. Det er imidlertid ikke gitt at Lotte og Sara gjør det. De kan forbli i et ensidige perspektiv av muligheter versus problem fokus.

Å endre et mønster

Begge fokus kommer til uttrykk i dialogen mellom dem. Dialogen gir dem begge mulighet for å nyansere over tid. Fortellingen gir oss som nevnt ikke svar på om det. Det som kommer frem er et gjenkjennende mønster dem imellom over tid. «Der jeg ser problemer, ser du muligheter» og «nå er vi der igjen». Det er Sara som gir uttrykk for dette. Erkjennelse av et mønster kan være startknappen til å kunne endre et mønster. Det å kjenne eller oppleve dette mønsteret, gjenkjenne det i samspillet med andre (her i samspillet med Lotte) vil alltid være avgjørende om en ønsker å endre et mønster. Det å erkjenne noe er sam-

søker hjelp i quick fix løsninger som er kjappe og mer enkle og baserer seg på tilførsel prinsippet. Det kan være å prøve ulike metoder, kurs eller å vente på at noen andre vil fikse det. Det vil si veien om å bli tilført noe utenifra. Ut fra historien kan en lett få tanker om at Lotte representerer denne livsholdningen av å haste videre uten å stoppe opp. Krittisk kan en tenke at Lotte sminker sin egen virkelighet og at alt ikke er så bra som hun vil ha det til. Saras tanker i etterkant sporer oss på dette. «Hun går på allslags nymotens prat om selvutvikling og tilstedeværelse. Jeg tror Lotte løper og løper vekk fra seg selv»

Det er lett å fortape seg i fortiden og det er lett å haste for fort videre. Begge deler kan være fallgruver i et selvhjelpsperspektiv. Selvhjelp er å forhold seg til det som er nå og kunne ta styringen videre i forhold til en ønsket fremtid. Det er en prosess som krever tid og krefter. Det kan være smertefullt, men erfaringer tilsier at denne veien holder i forhold til en mer varig og robust endring som har forankring i personen selv. Det er en personlig endringsprosess, indre styrt og forankret og basert på samspill med andre. ■

«I det smertefulle ligger også løsningen og mulighetene.»

en indre dialog om dette. Det er viktig i en selvhjelpsprosess der det en sier og det en opplever sammen med andre er gjenstand for refleksjon. Det som kommer frem i dialogen mellom dem er at Sara fastholder det som er vanskelig og Lotte fastholder mulighetene. De tar begge en posisjon i forhold til eget fokus. Samtidig får det å se muligheter og ha problemer plass i dialogen dem

tidig ikke det samme som å ville endre noe. Det vil utfordre selvhjelpsprosessen ofte smertefulle arbeid med å våge vanskelige følelser, utfordre tanker og handling i tråd med det en vil endre. Det er selvhjelpens smertelige endringsprosess. Det er selvhjelp i praktisk og konkret handling. Vil mennesker i dag utfordre seg selv i dette?

Det hevdes i dag at mange heller



At navigere er livet

Et er søkort at forstå, noget andet et skib at føre. Hvad forventer vi af psykiatrien?

Morges gik jeg og tænkte på – hvad er egentlig brugerens forventning, når man søger hjælp i psykiatrien?

Og som så ofte vælger jeg, at tage udgangspunkt i min egen situation. Måske er den ikke retvisende for alle – men min fornemmelse er, at det faktisk er et meget godt bud på, hvad en stor mængde af psykiatribrugere forventer.

Man møder op med et kaotisk indre, kan ikke finde ud af, hvad der er hoved og hvad der er hale. Hvor man skal begynde eller hvor det vil være fornuftigt at ende. Har måske gjort nogle forberedelser hjemmefra. Har nogle forventninger til livet og nogle mål man gerne vil nå.

Jeg er klar over, at jeg selv kommer til at yde den største indsats. Sidst jeg søgte hjælp, blev jeg mødt af en behandler, der siger: «Vi skal begge yde lige meget». Med dette mente han blot, at jeg ikke skulle forvente at det er mig, som får mest taletid under møderne. Jeg blev hurtigt klar over, at vi havde svært ved at finde bølgelængden og at vi ikke var enige om målene. Det som jeg havde forsøgt at udtrykke var, at nok er vi fælles om samtalerne, men når jeg kommer hjem, så er jeg igen alene om det hele. Jeg forventer ikke, at behandleren tager med. Set i det store perspektiv, er det mig som bruger, der trækker det store læs.

Behandleren er en person jeg kan sparre med, hente råd hos, få til at stille de spørgsmål, jeg ikke selv tænkte på. Eller som kan få mig til at tænke før jeg handler. Er man heldig får man en behandler, som ud fra hans større kendskab til psykiske ubalancer generelt, har

overblik over hvori mine centrale problemer stammer.

Det er mig som sætter kursen

Billedet der kom til mig i morges var, at jeg var på et skib hvor jeg var kaptajnen og havde så behandleren som styrmand, der måske en gang imellem tog over. Det var for mig typisk ved indlæggelser. Men ansvaret for skibets ve og vel er mit alene. Det er mig som sætter kursen, det er mig der bestemmer farten, ligesom det er mig der træffer beslutningerne.

Jeg kan hente råd og vejledning hos dig – som styrmand – altså som behandler. Jeg kan sågar bede dig overtage styringen en gang i mellem, men det er stadig mig som sætter kursen. Det er stadig mig der beslutter, hvor skal vi hen og hvad skal vi have med.

Og sådan er det også i livet. Jeg skal selv, som bruger, finde ud af hvad jeg vil. Hvorfor så inddrage en anden? Jo, behandleren er til for at hjælpe mig. Det er ikke mig der skal hjælpe behandleren med hans problemer. At jeg er med til at sørge for, at han får smør på brødet – det er en helt anden historie

Selvom psykiatrien taler om målsætninger og god behandlingsetik – så har det intet at gøre med, hvad mine mål er som kaptajn på mit eget skib. Hvis psykiatriens målsætninger er afstemt med mine mål, så er det når de hjælper mig med at nå mine mål og sørge for ikke at synke undervejs.

Hjælp til selvhjælp

Livet er som et søkort – at lære det at kende og forstå at navigere i det handler stor viden og ekspertise, selvfølgelig

afhængigt af hvor langt man vil nå rundt. Vælger man kun at sejle i danske farvande, så er der færre ting, som man skal sætte sig ind i end hvis man vil ud på de store verdenshave.

Karen Blixen havde et af flere livsmottoer: «Det er nødvendigt at navigere».

Psykiatriens behandling skal derfor være, at lære os brugere at navigere i livet, således at vi ikke sejler op mod høj sø. Det handler ikke om hvor meget eller hvor lidt tvang, medicin, antal bæltefikseringer, samtaler, journaler etc. - dette er kun redskaber. Systemets valg af redskaber kan diskuteres. Men målsætningerne for mit liv ligger et helt andet sted. Og det er mig alene som sætter mine målsætninger, psykiatrien kan så støtte mig i disse eller med kvalificeret modspil få mig til at ændre disse målsætninger. Psykiatrien må imidlertid aldrig blive dem, der bestemmer målsætningerne.

Jeg ser søkortet som livet og jeg ser alene psykiatrien, som en kvalificeret hjælp til selvhjælp. De har misforstået opgaven, hvis de begynder at sætte kursen på mit skib. Et søkort kan blive forældet – det kan en journal også. Hvordan sikre vi os, at journalen er aktuel og retvisende?

Hvor mon den psykiatri jeg efterlyser, findes?

Findes den overhovedet?

Eller hvornår er psykiatrien gearret til at hjælpe mig?

Mon det bliver i år 2020 eller først senere?

Kan jeg overleve uden psykiatrien? JA!

Kan psykiatrien overleve uden brugere? NEJ. ■

Tro, håp og hinderløyper

Kanskje fortjener fenomenet håp en større plass i behandlingen av mennesker som sliter med psykiske helseproblemer og rus? Denne studien tar for seg hvordan pasienter opplever håp og hvordan helsepersonell gir dem det, samt utfordringer knyttet til dette.

Innledning

Hensikten med mitt doktorgradsarbeid har vært å undersøke opplevelser av håp innenfor kommunale psykisk helse- og rustjenester. Mange av dem som sliter med psykiske helseproblemer har samtidige utfordringer knyttet til bruk av rusmidler (1–4). Tjenestetilbudet til personer med samtidige psykisk helse- og rusproblemer har tradisjonelt vært fragmentert og i liten grad tilpasset gruppas behov (5–7). Davidson og White (8) har karakterisert psykisk helse- og rusfeltet ved å påpeke at: «Little hope is offered to people when they enter these systems and few people work their way through the determined steps required by the systems for their successful discharge» (s. 111).

Håp som fenomen har blitt knyttet til religion, filosofi og en rekke helseproblemer (9–11). For sykepleiere har håp tradisjonelt blitt ansett som et sentralt anliggende. Forståelse av fenomenet sammen med måter en kan bidra til å inspirere håp på, har blitt ansett som nødvendige forutsetninger for deres praksis (12). For personer som opplever samtidige psykisk helse- og rusproblemer ser håp ut til å være en viktig forutsetning for å oppleve bedring (13). Samtidig har forskere knyttet usikkerhet til hvordan dette håpet kan

skyld gjør jeg oppmerksom på at funnene er publisert i internasjonale tidsskrifter på engelsk, og at de her presenteres i norsk språkdrakt.

Metode

Gjennom tre delstudier er fenomenet håp undersøkt med utgangspunkt i tre ulike perspektiver: Først gjennom en systematisk gjennomgang av fagfelleverd litteratur, dernest ved kvalitative intervjuer med personer som har mottatt kommunale psykisk helse- og rustjenester. Til sist gjennomførte jeg kvalitative intervjuer med ansatte fra de samme kommunale tjenestene. Doktorgradsprosjektet har vært en del av et større aksjonsforskningsprosjekt: «Equal Footing: Collaborative practices in mental health care and substance use services as multifaceted partnerships» (16, 17). Prosjektet var fullfinansiert gjennom Norges forskningsråd fra 2012–2015.

Å være en del av et større aksjonsforskningsprosjekt har innebåret at studien er gjennomført i samarbeid med kommunen der prosjektet er forankret, først og fremst i det vi valgte å kalle en kompetansegruppe. Gruppen har bestått av forskere fra Høgskolen i Sørøst-Norge, representanter fra de kommunale psykisk helse- og rustjenestene, personer som har mottatt tjenester i kommunen og pårørende til personer som har erfart samtidige psykisk helse- og rusproblemer. I gruppa har vi gjennom hele prosjektperioden diskutert blant annet intervjuguider, forskningsspørsmål, foreløpige funn og hvordan resultater kan presenteres. Målet for samarbeidet har vært å utvikle kunnskap som er relevant for praksisfeltet og som kan oppleves nyttig i kommunen der prosjektet er forankret.

«Å håpe krever mot.»

defineres og ivaretas i praksis (11, 13, 14). Det er påpekt at kvalitative studier kan bidra til å gi svar på noen av spørsmålene som står ubesvart (12, 15).

I denne artikkelen vil jeg presentere funn fra doktorgradsprosjektet og peke på noen mulige implikasjoner for praksisfeltet basert på studien. For ordens

Av **Knut Tore Sælør**,
høgskolelektor, Fakultet for
helsevitenskap, Institutt
for sykepleievitenskap i
Drammen



Delstudie 1: Håp og bedring – i fagfellevurdert litteratur

Hensikten med den første delstudien (18) var å undersøke hvordan håp er beskrevet av personer med samtidige psykisk helse- og rusproblemer i fagfellevurdert forskningslitteratur. Det ble gjennomført systematiske litteratursøk i en rekke databaser. Søkene ga ingen funn som falt innenfor de opprinnelige inklusjonskriteriene, og det ble ikke identifisert noen førstehåndsbeskrivelser av håp. Likevel ble fem artikler og én bok inkludert i studien.

Materialet var variert, både med tanke på hensikt og metode, men på ulike måter ble håp satt i sammenheng med bedringsprosesser og endring. Betydningen av håp ble understreket, også for dem som sliter med

samtidige problemer, men fenomenet i seg selv ble i liten grad omhandlet i litteraturen som ble gjennomgått. I publikasjonene som ble inkludert var håp beskrevet i ulike former, og det så ut til at håp kunne dukke opp der en kanskje minst ventet det. For profesjonelle hjelpere var det viktig å være klar over håpets mangefasetterte natur, og å finne måter å inspirere til håp i samarbeid med den som er i behov av hjelp og støtte. Studien pekte på et behov for å utvikle mer kunnskap om håp, og om hva som kan bidra til slike opplevelser, med utgangspunkt i psykisk helse- og rusfeltet.

Delstudie 2: Å hoppe i det

I delstudie to (19) var hensikten å undersøke hvordan

VANSKELIG Å HÅPE: Mennesker som sliter med psykisk helse og rus kan ha opplevd motgang, som gjør det vanskelig for dem å håpe og tro at livet kan bli bedre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

personer med samtidige psykisk helse- og rusproblemer selv opplever håp, og hva som kan bidra til slike opplevelser. Det ble gjennomført individuelle kvalitative intervjuer med ni personer, hvorav sju deltakere ble intervjuet to ganger. Med utgangspunkt i Braun og Clarkes (20) tematiske analyse ble det utarbeidet felles temaer på tvers av de transkriberte intervjuene. Analysen av datamaterialet resulterte i fire overordnede temaer.

Det første temaet omhandlet håp i seg selv, og ble oppsummert som: «Å tørre å tro at noe bedre er mulig». Temaet har flere fellestrekk med andre fremstillinger av håp, blant annet i den forstand at det å håpe krever mot. Bakgrunnen for at deltakerne måtte tørre, var det som kanskje skilte deres beskrivelser mest fra andre tilnærminger til håp. Blant annet hadde deltakerne på ulike måter opplevd stigma eller at de som var ment å hjelpe motarbeidet en. På tross av at flere av deltakerne var fornøyd med hjelpen de hadde mottatt, hadde alle eksempler på at stigma kunne bidra til å gjøre det vanskelig å tro og håpe at endring mot en bedre livssituasjon var mulig.

Det neste temaet oppsummerte deltakernes erfaringer av at konkret og praktisk hjelp kunne bidra til opplevelser av håp: «Du må ha et fast holdepunkt for å finne lys i andre enden av tunnelen». Mange av deltakerne hadde erfart kaotiske livssituasjoner preget av praktiske og økonomiske utfordringer. Det å ha et sted å bo tilpasset egne behov ble beskrevet som sentralt. Hjelp til å overkomme denne typen utfordringer bidro til å gi deltakerne håp om endring mot en bedre livssituasjon.

Neste tema ble oppsummert under overskriften: «Du må ha folk du stoler på og som har trua rundt

«Tillit var et tilbakevendende tema.»

deg». Profesjonelle hjelpere, familie eller venner hadde vært viktig for de fleste av deltakerne. Samtidig ble det formidlet historier om skuffelser og svik, som hadde ført til opplevelser av at ting kunne se håpløst ut. Tillit så ut til å være sentralt, på flere måter. Det å bli vist tillit kunne bidra til et ønske om å ikke skuffe sine omgivelser enda en gang. Samtidig kunne relasjoner preget av respekt og tilgjengelighet bidra til et håp om endring til noe bedre.

Det siste temaet handlet i stor grad om deltakernes egen innsats, og at: «Du må bestemme deg om du har lyst til å leve med det eller ikke». Mange hadde erfart

at livet ikke utviklet seg slik de ønsket, og bitterhet med bakgrunn i fortiden kunne være et hinder i forhold til å vende blikket fremover. På ulike måter formidlet deltakerne at deres egen innsats sto sentralt. Det å bestemme seg så ut til å være en forutsetning – ikke bare for endring, men også for å håpe at noe bedre var mulig.

Oppsummert ble håp knyttet til ulike former for endring. Det å kunne tro på noe bedre sto sentralt. Deltakerne hadde ulike mål, men mange uttrykte håp om en livssituasjon som ble tolket som en form for «A4-tilværelse». Tillit var et tilbakevendende tema. Tillit til at endring kunne være mulig, tillit til en selv, tillit til familie, venner eller profesjonelle hjelpere, og til hjelpeapparatet som system. Ulike håp som deltakerne uttrykte var tydelige og de involverte handling, noe som forutsatte en stor grad av egeninnsats. Å gjenvinne troen på at endring til det bedre var mulig sto sentralt når fokus skulle rettes fremover, på tross av erfaringer som kunne gjøre dette utfordrende.

Delstudie 3: Du vet aldri hva som kommer rundt neste sving

I den tredje delstudien ble det undersøkt hvordan ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester bidro til opplevelser av håp. Det ble gjennomført to individuelle kvalitative intervjuer med åtte ansatte i kommunen. Intervjuene ble skrevet ut ordrett og analysert for å finne felles temaer (20). Analysen av datamaterialet resulterte i tre overordnede temaer.

Det første temaet handler om hvordan de ansatte anså sitt eget håp som en forutsetning for sitt arbeid gjennom: «Å ha tro på seg selv og andre». Deltakerne uttrykte på ulike måter hvor stor betydning eget håp hadde for å kunne håpe på vegne av dem de forsøkte å hjelpe. En av de ansatte ga tydelig uttrykk for at dersom vedkommende ikke hadde håp, måtte konsekvensen bli å finne en annen jobb. Deltakerne presenterte ulike måter å ivareta eget håp på, både på individ- og systemnivå. Her var kollegastøtte og veiledning sentralt. Samtidig forsøkte deltakerne å fokusere på de gangene samarbeid lyktes, og å ta vare på «gylne øyeblikk».

Neste tema dreide seg om hvordan de ansatte forsøkte å møte den andre med en innstilling om at det er håp ved: «Å se og anerkjenne muligheter». Dette innebar en erkjennelse av at fremtiden er åpen. For de ansatte var det viktig å være seg bevisst at en ikke kan forutse i hvilke tilfeller et samarbeid vil lykkes eller hvem som vil ha nytte av de tjenestene en tilbyr. Dette innebar at de forsøkte å møte alle med en åpen innstilling og håp på vegne av den andre. Det ble



påpekt at det å se hele mennesket, ikke bare et psykisk helseproblem, rusmiddelbruk eller en diagnose, var viktig i møtet med dem som søker hjelp.

Det siste temaet, «Å manøvrere mot håp», omhandlet de ansattes opplevelser av samhandling med brukere av tjenestene. Her sto kommunikasjon og hjelp med praktiske utfordringer sentralt. Temaet oppsummerte ulike strategier deltakerne benyttet for aktivt å manøvrere mot håp – på tross av usikkerhet og uforutsigbarhet. Dette gjorde de blant annet gjennom å være seg bevisst eget språk, både i møtet med det enkelte individ og i samtaler med kollegaer. Noe så tilsynelatende enkelt som å uttrykke at det faktisk er håp, ble av flere trukket frem som sentralt. De ansatte var bevisst på at det å manøvrere mot håp forutsatte en relasjon. Å oppnå tillit og å være tilgjengelig var måter de forsøkte å tilrettelegge for gode relasjoner. De påpekte at praktiske hverdagsutfordringer kunne representere barrierer for brukere av tjenestene, og hjelp med dette ble prioritert. En av de ansatte beskrev hjelpeapparatet som en «hinderløype», og det å bistå folk i møter med tjenestene ble ansett som måter å bidra til håp.

Oppsummering og avslutning

Det finnes mange måter å forstå og definere håp på (11). Av enkelte har håp blitt betraktet som et profesjonelt anliggende, eller at det er den profesjonelle hjelperen som har ansvar for å inspirere håp hos den som søker hjelp (21, 22). For dem som har deltatt i denne studien ser ikke dette ut til å være tilfelle. For brukere av tjenesten står det å bestemme seg sentralt, og de ansatte understreker at det å kunne bidra til å gi noen håp handler om tillit, relasjoner og samarbeid.

Familierapeuten Kaethe Weingarten (23) karakteriserer håp som en form for relasjonell praksis. Til forskjell fra enkelte andre tilnærminger legger hun ikke ansvaret for å inspirere håp hos den profesjonelle. Det hun karakteriserer som «reasonable hope» kjennetegnes blant annet av at fremtiden er åpen, men samtidig mulig å påvirke. Dette passer godt overens med de ansatte i kommunen som understreker at du «... ikke vet hva som kommer rundt neste sving».

Tradisjonelle fremstillinger av håp kan av og til fremstå som «enten/eller-kategorier» eller at «håp eller håpløst» er to ender av en skala. Weingartens håp gir rom for tvil, fortvilelse og motsetninger, ikke ulikt hva det å tørre innebærer. Weingarten setter håp i sammenheng med handling, enten utført alene eller i samarbeid med andre. Det er ikke nødvendigvis det å nå målet som er viktigst, men kanskje heller å forstå den situasjonen vi befinner oss i (23). De fleste av deltakerne i dette doktorgradsprosjektet satte håp i sammenheng med endring og bevegelse mot «... noe bedre».

Begge deltakergruppene ser ut til å være enig om at praktiske utfordringer knyttet til hverdagsliv og levekår er viktige utfordringer som kan bidra til å gjøre livet utfordrende. Begge gruppene pekte også på stigma som et hinder, og noe som kan gjøre det vanskelig å oppleve endring mot en bedre livssituasjon. Litt overraskende var det kanskje at hjelpeapparatet i seg selv kunne oppleves som en barriere – også for de ansatte. Krav om dokumentasjon eller utforming av tjenester som oppleves stivbente kunne gjøre det vanskelig for de ansatte å møte personer med samtidige problemer på måter de mente kunne bidra til håp. De som bruker tjenestene pekte på tidsmangel og lite tilgjengelige

HJELP: Å bidra til å gi en pasient håp handler om tillit, relasjoner og samarbeid, mener noen helsearbeidere som er intervjuet i studien. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

tjenester som hindre på veien. På tross av reformer og veiledere var det flere deltakere i studien som hadde erfart at hjelpesystemet i seg selv bidro til å ta fra dem håpet.

De ansatte som deltok i denne studien hadde ulike yrkesbakgrunn, og temaene som ble utviklet representerer ingen spesifikk sykepleietiltak. Samtidig har mange sykepleiere posisjoner i praksisfeltet som gjør funnene i studien relevante. På mange måter svarer flere av temaene med det arbeidet sykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid allerede beskri-

«Hjelpesystemet i seg selv bidro til å ta fra dem håpet.»

ver at de gjør. Det innebærer et fokus på mestring av hverdagen og å være handlingsorientert, samt å møte folk der de befinner seg (24). I så måte kan kanskje temaene fremstå som godt kjente for dem som jobber i feltet. Det kan likevel se ut til at det er nødvendig å minne om at det som kanskje kan anses som selvfølgelig eller tatt for gitt, ikke nødvendigvis er akkurat det.

Hensikten med studien var å utarbeide kunnskap som var relevant for praksis. For sykepleiere kan flere av temaene danne utgangspunkt for samtaler eller møter på individnivå. Andre innehar lederposisjoner eller jobber med fagutvikling. Også her kan temaene bidra til nye måter å omtale utfordringer på. Alle er en del av et nabolag og et samfunn, og her har også sykepleiere, som alle andre, et ansvar. Holdninger og stigma ser ut til å være en stor del av hverdagen for mange som har deltatt i denne studien. Å bygge ned denne typen barrierer må anses som et felles anliggende, på individuelt nivå, samfunnsnivå og som faggruppe.

I flere av de siste års veiledere og retningslinjer har begrepet recovery fått økt oppmerksomhet (25, 26). På tross av at begrepet recovery kan være flertydig (27) ser håp ut til å være en viktig fellesfaktor i forbindelse med bedringsprosesser knyttet til psykisk helse- og rusproblemer (12, 13, 28). Kanskje fortjener fenomenet håp en større plass innenfor psykisk helse- og rusfeltet enn det tilsynelatende har? ■

Referanser:

1. Gråwe RW, Ruud T. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. SINTEF Helse, Trondheim. 2006.
2. Landheim AS. Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 2002;12(3):309-18.
3. Mueser KT, Noords DL, Drake RE, Fox L. Integriert behandling: av rusproblemer og psykiske lidelser. Universitetsforlaget, Oslo. 2006.

4. Ringen PA. Substance use in psychotic disorder. Use patterns and relation to clinical and cognitive characteristics in schizophrenia and bipolar disorder. Doctoral thesis. Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo. 2008.
5. Evjen R, Øiern T, Kielland KB. Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmisbruk. 3. utg. Universitetsforlaget, Oslo. 2012.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning, Oslo. 2009.
7. Lie T, Nesvåg S. Evaluering av rusreformen. IRIS, International Research Institute of Stavanger, Stavanger. 2006.
8. Davidson L, White WL. The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 2007;34(2):109-20.
9. Frank J. The role of hope in psychotherapy. *International journal of psychiatry* 1968;5(5):383-95.
10. van Hooff S. Hope. *Acumen*, Durham. 2011.
11. Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008;118(6):421-33.
12. Schrank B, Hayward M, Stanghellini G, Davidson L. Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 2011;17:227-35.
13. Davidson L, Andres-Hyman R, Bedregal L, Tondora J, Frey J, Kirk TA, Jr. From «double trouble» to «dual recovery»: integrating models of recovery in addiction and mental health. *Journal of Dual Diagnosis* 2008;4(3):273-90.
14. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine* 2012;74(4):554-64.
15. Herrestad H, Biong S, McCormack B, Borg M, Karlsson B. A pragmatist approach to the hope discourse in health care research. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals* 2014;15(3):211-20.
16. Ness O, Borg M, Semb R, Karlsson B. «Walking alongside»: Collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems* 2014;8(1):55.
17. Ness O, Borg M, Davidson L. Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis* 2014;7(3):107-17.
18. Sælør KT, Ness O, Holgersen H, Davidson L. Hope and recovery: A scoping review. *Advances in Dual Diagnosis* 2014;7(2):63-72.
19. Sælør KT, Ness O, Semb R. Taking the plunge: Service users' experiences of hope within the mental health and substance use services. *Scandinavian Psychologist* 2015;2(e9).
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006;3(2):77-101.
21. Vaillot MC. Living and dying. Hope: the restoration of being. *The American journal of nursing* 1970;70(2):268.
22. Menninger K. The academic lecture: Hope. *The American Journal of Psychiatry* 1959;116(6):481-91.
23. Weingarten K. Reasonable hope: Construct, clinical applications, and supports. *Family Process* 2010;49(1):5-25.
24. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: En studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Drammen. 2015.
25. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verkøy for kommunen og spesialisthelsetjenesten. HelseDirektoratet, Oslo. 2014.
26. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. HelseDirektoratet, Oslo. 2011.
27. Borg M, Karlsson B, Stenhammer A. Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Trondheim. 2013.
28. Schrank B, Slade M. Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin* 2007;31(9):321-5.



Rusreformens ideologi

Rusreformen skulle ta oss ut av ideologi, øke kvalitet og gi bedre resultater for rusavhengige. Jeg vil vie spalten min i SPoR til å skrive om disse tre intensjonene. Ideologi først.

En artikkelserie i Aftenposten i 2001 vekket sympati for de narkomane. Rusreformen i 2004 fulgte helsereformen med liberalistiske overtoner og organisering. Slagordet fra sentrale politikere ble: «Fra plata til Rikshospitalet».

Platas praksis

I dag bortvises narkomane fra sentrum for å se narkomane ut, eller for å kunne virke som man kan komme til å gjøre noe kriminelt. Som for eksempel å kjøpe stoff. Høye bøter rekvireres for å overtrede muntlige bortvisningsvedtak uten klageadgang, eller for å bli tatt med en brukerdose innenfor angitte plasser. Vi har blitt mer repressive.

Ideologi virker

Filosofen Žižek hevder vi misoppfatter når vi er styrt av ideologi. Vi tror vi lever i post-ideologiske samfunn der kunnskap og pragmatisme dominerer. Den samme forestillingen lå bak rusreformen som skulle «tone ned ideologi» til fordel for kunnskap og kvalitet. Samfunnets oppgjør med ideologi må ses opp mot praksisen overfor den rusavhengige i samfunnet.

Et eksempel Žižek bruker for å forklare ideologi er «Starbucks». En del av pengene man betaler for en kaffe der går til en veldedig sak. Inkludert i

prisen for varen, kjøper du deg fri fra skammen over forbruket. Jeg gjør noe bra = kapitalisme er bra. En sentral ideologisk funksjon ved kapitalismen.

I vesten så man seieren i Eurovi-

Meningen bak sympatien

Conchita fikk meg til å tenke på om ikke samfunnets sympati for den narkomane følger et lignende mønster. I så fall vil side opp- og side ned i avi-

«Vi ser ikke «Pinlige sykdommer» på TV fordi vi er opptatt av sykdomslære.»

sjon og den påfølgende hyllesten av Conchita Wurst som et symbol på vår frihet, likeverd og toleranse. I Russland så man dette som uttrykk for et pervertert Europa. Begge synspunktene er upresise, og det russiske er nok helt på trynet. Vi har vært fascinert av kvinner med skjegg i flere hundre år. På 1400-tallet finner man en viktig skjeggete kvinne: helgenen Liberata. Hun er helgen for kvinner som lider under undertrykkende menn, og har følgelig fått skjegg. Med begeistring har vi siden sett på kvinner med skjegg på «freakshows» mange ganger. Kan det ikke også være slik at vi nå kan se en skjeggete kvinne på en scene og samtidig føle at vi er med på noe stort, noe viktig, noe riktig? Noe som passer inn i vår ideologiske struktur? Er det slik at et begjær for den skjeggete kvinnen, personifisert som Conchita, maskeres av liberalistiske prinsipper? I så fall er dette ideologiens funksjon. En maskering av praksis.

sene med bilder av skitne negler som holder metadonflasker, byller, sår og injiseringer i skitne lysker, halspulsårer, akkompagnert med medynk for «de svakeste blant oss», fremstå litt annerledes. Fascineres vi av nedverdighelsen og elendigheten? Vi ser ikke «Pinlige sykdommer» på TV fordi vi er opptatt av sykdomslære. Vi begjærer (å se på) vaginale utslett.

Likeledes bortviser vi ikke de narkomane av medlidenhet. Vi bortviser dem og bøtelegger dem fordi vi ikke vil se dem, samtidig som vi vil se dem. De både sjenerer og pirrer oss. Best på avstand. Dette er en gruppe mennesker til utstilling – en gruppe mennesker til bortvisning. Vi vil ha den narkomane brettet ut i avisen; trygt på avstand i høyoppløst elendighet. Der er de og her er vi, med sympati. Reformen er med og konstituerer en ideologi gjennom å maskere undertrykking med en liberalistisk terminologi. Fra Plata til Rikshospitalet. ■



Bli medlem i SPoR

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

Medlemsfordeler:

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

Hvem kan bli medlem?

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

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

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

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

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