



Psykisk helse og rus

NR. 2-2015 • ÅRGANG 26

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Posttraumatisk stress

Utviklingshemmede er mer utsatt

Sykepleien

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

Landsstyret 2014 – 2016

Oppdatert 17.08.2014

Navn	Tlf	Epost	Styrefunksjon	Fylkeskontakter - forslag
Kurt Lyngved	90 55 31 78	kurt.lyngved@gmail.com	Leder	Mental Helse, www.Erfaringskompetanse.no NAPHA
Espen Gade Rolland	40 84 29 41	espengade@yahoo.no esprol@vestreviken.no	Nestleder Nyhetsbrev Websidene	Hedmark, Østfold, Akershus, Vestfold
Siw Elisabeth Helden	97 03 37 51	siweli@me.com	Websidene Medhjelper Fagbladet	Rogaland, Hordaland, Sogn og fjordane, Nordland
Bjarte Sælevik, Kuhagen 21, 4330 Aalgard	45 45 26 48	bjarte.saelevik@lyse.net	Kasserer	Vest- og Aust Agder, Telemark
Kjersti Øvernes	40 45 79 69	Kjersti.Overnes@tromso.kommune.no	Ansvarlig for Fagbladet	Troms, Finnmark, Svalbard
Torfrid Johansen	32 82 44 36	torfrid.johansen@vestreviken.no torfrid.johansen@hotmail.com	Medlemsansvarlig	Oppland, Buskerud, Oslo
Olav Bremnes	95 78 40 64	Olav.bremnes@hnt.no	Sekretær	Nord- og Sør- Trøndelag, Møre og Romsdal

Innhold

NR. 2-2015 • ÅRGANG 26

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

REDAKTØR

Kjersti Øvernes, Tlf. 40 45 79 69
Kjersti.Overnes@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 Helden
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

Ingvald Bergsagel

Tlf: 93 49 84 22

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen

Nina Hauge

Sissel Hagen Vetter

Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 12. november 2015

Innsending av artikler

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

- 5 Leder: Kurt Lyngved
- 6 Smånytt
- 8 Forbundslederen har ordet
- 10 Mødres kamp for verdighet
- 16 Feil å kutte i ambulant team
- 17 Den glemte omsorg
- 18 Tilbakeblikk
- 20 PTSD hos voksne med utviklingshemning
- 30 Mørketidskonferanse
- 31 Festskriv til Else Margrethe Eide
- 32 Hvordan møte rusavhengige
- 34 Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid
- 37 Gi pasienten eierskap til egen bedring
- 38 Å møte den andre
- 43 Psykiatri – et nødvendig onde for politiet

«Jeg er avhengig av den andres kunnskap.»

Siw Elisabeth Helden, s. 38



Bli en bedre skribent

Økt kompetanse og skriveglede var målsettingen med årets skrivekurs i Hellas.

Fem dager i mai var 14 sykepleiere innen psykisk helse og rus samlet på Metochi studiesenter på Lesvos i Hellas. Professor Bengt Karlsson og journalist og kommunikasjonsrådgiver Roald Lund Fleiner guidet oss igjennom det å skrive.

Metochi studiesenter holder til i et kloster tilpasset til gresk-ortodokse barmhjertighetshelgener; de hellige Anárgyri (Kosmás og Damianós). Klosteret ble grunnlagt på 1500-tallet som ett av flere annekst til det kjente Limónos-klosteret. Klosteret befinner seg i landlige omgivelser ved Kalloni-bukta. Den nærmeste landsbyen er Kalloni.

Resultatet har blitt meningsytringer til diverse fagblader, nettsider, essay, prosjektbeskrivelser og artikler til bruk i master- og doktorgradsstudier. I tillegg har vi hatt meningsfulle og interessante diskusjoner og samtaler om vårt fagområde og utveksling av praksiserfaringer. En må ikke glemme

nydelige greske måltider fra klosterets kjøkken, hvor varene kommer fra lokale bønder og klosterets egen hage. Enkelte har samlet seg hver morgen til en frisk joggetur, og i siestaen har vi syklet ned til Kalloni-buktas sandstrand i fiskerlandsbyen Skala Kalloni.

SPoR ønsker å jobbe for å arrangere et slikt skrivekurs årlig. Planen og ønsket vårt er at vi annethvert år skal arrangere dette i samarbeid med NAPHA i Trondheim. Målsettingen er å fremme skriveglede og øke kompetansen slik at vi som faggruppe kan bli mer synlig i det skrevne rom. Eksempler på dette er å publisere meningsytringer og dokumentere praksis i fagbladet vårt Psykisk helse og rus, lokale aviser eller andre fagblader. Det er også en rekke nettsider som er interessert i at vi som faggruppe blir mer synlig og formidler våre meninger og kunnskap, eksempelvis NAPHA. ■



PÅ SKRIVEKURS PÅ LESBOS: Bakre rekke f.v.: Olav Bremnes, Bengt Karlsson (kursholder), Aud Jorunn Salte Risa og Siw Elisabeth Helden. Midtre rekke f.v.: Tor Christian Bjelland, Torfrid Johansen, Linda Anthonsen og Tatiana Penzo. Fremre rekke f.v.: Svein Roald Olsen, Unn Hammervold, Ingvild Hegstad Dahl, Karina Sebergesen, Kurt Lyngved, Heidi Susann Emaus og Espen Gade Rolland. Foto: Roald Lund Fleiner/napha.no

ANNONSE

ENDRING

TVIL

VOKSENÅSEN, OSLO 9.–10. SEPTEMBER 2015

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

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

ARRANGØRGRUPPE:

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

www.tvil.no

■ **LEDER:**
Kurt Lyngved



Et fag i endring

Verden er i stadig endring og vi forholder oss til nye utfordringer for å tilpasse oss hva som skjer. Disse endringene er hele tiden en del av vår virkelighet, både i samfunnslivet og i våre private liv. Organisasjoner i endring er målet i dag og det er den virkeligheten vi må forholde oss til. Men også fagene forandrer seg og gårsdagens innhold må justeres i forhold til morgendagens krav. Sykepleie innen psykisk helse og rus har andre utfordringer i 2015 enn hva faget hadde for 50 - 60 år siden. Psykiatrisk sykepleie var på det tidspunktet blitt et spesialutdanningsfelt for sykepleiere som noen få utdanningsinstitusjoner i landet ga tilbud om. Legen og sykepleieren var de som arbeidet innenfor det psykiatriske systemet, i tillegg til assistenter og noen få andre yrkesgrupper. Arenaen vi jobbet på var stort sett psykiatriske sykehus og sykehjem. På slutten av syttitallet begynte de første psykiatriske sykepleierne å jobbe i kommunehelsetjenesten og det var begynnelsen til en stor endring som skulle komme. Stor betydning for vårt fag skulle det også få. Opptappingsplanen på nittitallet åpnet opp for stadig flere yrkesgrupper i det psykiske helsefeltet og tverrfagligheten ble fokuset og bakteppet for tjenestene. I 1998 ble spesialutdanningen for sykepleierne del en del av en tverrfaglig psykisk helseutdanning. Vårt fag ble kastet inn i en ny virkelighet og nå startet prosessen med å synliggjøre vårt fagståsted i en tverrfaglig virkelighet. Faget måtte ta inn over seg den endrede virkeligheten og begi seg ut på en vandring for å finne sin rettmessige plass. Det er der vi befinner oss nå. På en reise hvor fag og utdanning utfordres og som gjør at vi må engasjere oss for å sikre fagets plass innenfor fagfeltet psykisk helse og rus. Fremtidens spesialsykepleier innen psykisk helse og rus må skapes av sykepleierne selv og de som mottar våre tjenester. Så det er bare å brette opp ermene og hive seg ut i det. Det er nå toget går!

I mai kom en viktig rapport om sykepleierne innen psykisk helse og rusarbeid i kommunene. Dette er et bidrag til å synliggjøre hvor sentrale sykepleierne er i det kommunale psykiske helse og

rusarbeidet og i hvor stor grad de står i direkte kontakt med brukerne av tjenesten. En viktig studie som sier noe om nødvendigheten av kloke sykepleiehoder og varme hender i en krevende tjeneste. De kloke hodene har i snart førti år bidratt til at sykepleietjenesten nå er godt innarbeidet og etablert som tjeneste i kommunene. En tjeneste som helsetjenesten er blitt helt avhengig av. Fordi brukerne trenger også vår kompetanse i sine hverdager.

I skrivende stund er jeg akkurat kommet hjem fra årets forskningsseminar og landskonferansen i SPOR i Drammen. Landsstyret, lokalgruppen i Oslo, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Landsforeningen innen psykisk helse (LPP) og pårørendesentret i Oslo (PIO), hadde lagt grunnlaget for en svært vellykket konferanse, ved å lage et faglig meget godt sammensatt program hvor fag- og erfaringskompetanse hadde begge fått sin rettmessige plass. Tusen takk skal dere har for inspirerende og berørende dager.

Eldre og psykisk helse og rus er et felt hvor sykepleiere innen psykisk helse og rusfeltet må engasjere seg i større grad. Det er skrikende behov etter vår kompetanse og mange eldre opplever ensomhet og meningsløshet i stor grad. Her har vi mye å bidra med. For å stimulere oss selv til å engasjere oss i dette fagfeltet, inviterer vi til Mørketidskonferanse i Tromsø 18. og 19. november. Dette blir en konferanse hvor eldre er i fokus og hvor engasjerte og kompetente bidragsyttere drar oss inn i en spennende og lærerik verden.

Fortsatt god sommer til dere alle og en god høst hvor mange utfordringer ligger og venter på oss!

Kurt J. Lyngved
FAGGRUPPELEDER

Samler tilbudene

Sørøst i Oslo samles nå ulike behandlingstilbud innen psykisk helse og avhengighetsbehandling i ett bygg.

Nybygget til Oslo universitetssykehus Mortensrud skal romme Søndre Oslo distriktpsykiatriske senter, Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk Oslo Syd og Ruspoliklinikk Mortensrud. Tilsammen 230 ansatte vil ha sitt arbeidssted her, og man antar at rundt 3000 pasienter vil kunne behandles årlig.

Kilde: oslo-universitetssykehus.no



Flere arbeidere ruser seg

Bruken av rusmidler blant amerikanske arbeidstakere er økende, ifølge en ny undersøkelse.

Firmaet Quest Diagnostics, som utfører medisinske laboratorietester for blant annet helseforetak, har analysert over ni millioner urintester tatt fra arbeidstakere i 2014.

De fant spor av narkotiske stoffer i 3,9 prosent av testene. I 2013 var tallet 3,7 prosent og i 2012 var det 3,5.

Kilde: The Wall Street Journal

SMÅNYTT

Angst av mors medisin

Tre år gamle barn av mødre som hadde brukt antidepressiva i svangerskapet viste flere symptomer på angst enn deres søsken som ikke hadde blitt eksponert for antidepressiva i svangerskapet. Dette viser funn fra en studie utført av forskere fra Folkehelseinstituttet, Universitetet i Oslo og Hospital for Sick Children i Canada.

Sammenhengen mellom antidepressiva-eksponering i mors liv og økte angstsymptomer hos barnet var til stede også etter at forskerne hadde justert for blant annet genetiske effekter, delte miljøfaktorer mellom søsken og ulike nivåer av depresjon hos mødrene under svangerskapet. Studien viser betydningen av å følge barn over tid for å studere mulige langtidskonsekvenser av legemiddeleksponering i svangerskapet.

Kilde: fh.no

«Møter du noen uten smil, så gi ditt.»

Svensk ordtak

Bra tilbud i Norge

Norge har et godt utbygd tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser, sammenliknet med andre land. Men tilbudet kan bli bedre, ifølge en rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet. I rapporten fremkommer at:

- Norge er et av landene som bruker størst andel av helseutgiftene til psykisk helse.
- Vi har relativt god dekning av døgnplasser innen psykisk helsevern.
- Organiseringen av tjenestetilbudene utvikler seg i samme retning som andre land - det vil si mindre bruk av institusjoner, mer desentralisering og tjenestetilbud lokalt.

- OECD framhever at Norge har et godt utbygd tjenestetilbud, men det er potensiale for forbedring blant annet når det gjelder oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og koordinering av tjenester til de med alvorlige psykiske lidelser, tilbudet til de med milde/moderate psykiske lidelser og de med ruslidelser.

Rapporten heter «Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser».

Kilde: helsedirektoratet.no



Deprimert av mobbing

Nesten en tredjedel av depresjoner blant unge voksne kan være knyttet til mobbing i tenårene, viser en studie ved University of Oxford. Deltakerne fylte ut et skjema da de var 13 år. Da de var 18 år ble det vurdert om de var deprimerte. Av de 683 som ble hyppig mobbet da de var 13 år, var 14,8 prosent deprimert som 18-åringer. Blant dem som hadde blitt mobbet en til tre ganger i løpet av et halvår, var 7,1 prosent deprimert. Blant dem som ikke hadde opplevd mobbing var 5,5 prosent deprimert.

Kilde: dagensmedisin.no

Gir få misdannelser

Nyfødte barn til kvinner som behandles med antidepressiva av typen SSRI eller venlafaxin tidlig i graviditeten har liten risiko for misdannelser. Det viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet. Studien omfatter over 2,3 millioner fødsler i Norge, Danmark, Sverige, Finland og Island mellom 1996 og 2010.

Kilde: fhi.no



Påvirker karakterene

Forsinket søvnfase hos ungdom er forbundet med svakere skoleresultater, viser forskning. Slike søvnproblemer rammer 7% av alle ungdommer og kjennetegnes ved sen innsovning. Søvnighet på dagtid er typisk hos disse ungdommene, ifølge uni.no. Forskerne konkluderer med at det er svært viktig å følge opp ungdommer som har forsinket søvnfase.

Kilde: dagensmedisin.no

Tekst: Johan Alvik Foto: Colourbox

Mange har ruslidelser

Forekomsten av ruslidelser er opp til ti ganger høyere blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser sammenlignet med den generelle befolkningen i Norge. Det viser en ny studie ved Folkehelseinstituttet. Forsker og psykiater Ragnar Nesvåg har sammen med kollegaer undersøkt omfanget og typer ruslidelser blant pasienter med schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlig depressiv lidelse.

Resultater fra undersøkelsen:

- Blant pasienter med schizofreni hadde 25 prosent også en ruslidelse.
- Blant pasienter med bipolar lidelse hadde 20 prosent også en ruslidelse.
- Blant pasienter med alvorlig depressiv lidelse hadde 10 prosent også en ruslidelse.
- Forekomst av alkohollidelser var særlig høy blant middelaldrende menn med bipolar lidelse, mens forekomsten av andre ruslidelser enn alkohol var særlig høy blant unge kvinner og menn med schizofreni.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no



Syke voldsmenn

De fleste menn som søker behandling fordi de har vært voldelige mot partneren sin har psykiske problemer og har hatt voldelige foreldre. Det viser psykolog Ingunn Rangul Askeland ved Universitetet i Oslo i en ny studie. Hun har undersøkt bakgrunnen for menn som søker hjelp hos Alternativ til Vold sine behandlingssentre.

– Så mange som syv av ti menn oppfylte kriteriene for minst én psykisk lidelse. Om lag fire av ti oppfylte kriteriene for en angstlidelse. Den samme forekomsten ble funnet for depressive lidelser og misbruk av alkohol og medikamenter, sier hun.

Nesten halvparten av mennene hadde to eller flere psykiske lidelser.

Seks av ti menn som søkte behandling rapporterte at de selv har vært utsatt for vold eller vokst opp med vold mellom foreldrene.

Kilde: forskning.no



Sykepleierne er tettest på brukeren

«Flere psykologer i kommunene» har vært løftet opp som det ene svaret på hvordan man skal styrke det kommunale psykiske helse- og rusarbeidet. Men glemmer man da den profesjonen som har jobbet tettest på brukeren i dette feltet?

Av **Eli Gunhild By**, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Sykepleiere har fulgt opp pasienter i egne hjem, og i eget nærmiljø, helt tilbake på 70-tallet. En nylig publisert forskningsstudie viser at sykepleiere innen kommunale psykisk helse- og rustjenester har lang erfaring og bred kompetanse. Sykepleierne har vært en nøkkelfaktor for å sikre forsvarlige helsetjenester i overgangen fra institusjonsomsorg til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Hvorfor snakkes det ikke høyere om det?

Regjeringen har varslet i meld. St. 26 om framtidens primærhelsetjeneste, at de ønsker å innføre kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter tidligst fra 2017, også innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre foreslår de

skal utvikles og bygges opp bedre tilbud i kommunene, både før, istedenfor og etter sykehusbehandling. Dette er en gyllen mulighet til å utvikle et tjenestetilbud som står i samsvar med behovene framover. Det vil være behov for et utstrakt tverrfaglig samarbeid der flere må jobbe sammen om å utvikle gode tjenester på pasientens premisser. Det vil likevel være feil å ikke starte med å ta utgangspunkt i den kompetansen som bærer disse tjenestene i dag.

Kloke hoder og varme hender

Helseminister Bent Høie har sagt at vi trenger kloke hoder i helsearbeidet, ikke bare varme hender. Det er vi veldig enig i. Den innsatsen som sykepleiere, spesialsykepleiere og andre yrkesgrupper gjør hver dag, hver uke, hvert år

Psykisk helsearbeid handler om bedre mestring av hverdagen for mennesker med omfattende helsesvikt. Det krever bredde, kunnskap og stor helsefaglig kompetanse. Det handler om å gi nære, kompetente tjenester av høy kvalitet for de tusener av mennesker som sliter med alvorlig fysisk og psykisk helsesvikt i et krevende hverdagsliv. Sykepleiere, og andre, bidrar med sin vurderingskompetanse og nettopp sine kloke hoder.

Det er liten tvil om at psykologkompetansen vil være et godt supplement inn i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. Samtidig viser forskningsstudien at sykepleierne har høy kompetanse med aktuelle videreutdanninger. Sykepleierne har i tillegg lang klinisk erfaring med pasientgruppene i de kommunale tjenestene. Tre av fire sykepleiere har videreutdanninger og fire av fem har mer en fem års erfaring. Det er nødvendig å verdsette og gi anerkjennelse til klokskapen, også til de med fartstid i lokalt psykisk helsearbeid.

Lang erfaring

Jeg ønsker psykologene velkommen til et samarbeid i de kommunale helse- og



«Det handler om å gi nære, kompetente tjenester av høy kvalitet.» *Eli Gunhild By*

å etablere en kommunal plikt for øyeblikkelig døgnhjelp, også innen psykisk helse og rus fra 2017.

Dette er et tydelig signal om at det

for personer som er rammet av svikt i psykisk helse og/eller rus, er uvurderlig. Ute i kommunene er man hver dag tett på den det gjelder.

omsorgstjenestene. Psykologene er ikke den eneste løsningen for å mestre livet til mennesker med alvorlig psykisk helsevikt og rusproblemer, men sammen gjør vi en forskjell.

Sykepleiere har lang tradisjon for å jobbe innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunehelsetjenesten. Den første stillingen ble opprettet i 1978. Målet var å gi helsehjelp på brukernes premisser. Psykisk helsearbeid handler om å gi folk hjelp i eget hjem, på arbeidsplassen eller i møte med NAV. Det handler om små terapeutiske støttesamtaler underveis, over bordet, når kriser oppstår, om å fremme håp ved tunge dager, lindre fysisk og psykisk smerte, både akutt og kronisk, og vurdere grad av psykoser. Psykisk helsearbeid hviler på langsiktig innsats, nært kjennskap og høy og bred kompetanse til å ivareta de ulike utfordringer som uka inneholder.

Livet leves akutt

Det er små ting i hverdagen som kan vokse seg store. Særlig gjelder dette for mennesker med alvorlig psykisk helsevikt og/eller betydelige rusproblemer. I verste fall står livet på spill. Tilgjengelig hjelp, fleksibilitet, og pragmatisk tilnærming kan være livreddende. Er du sulten, trenger du mat for å tenke, for ikke å bli redd? Har du vondt i magen? Det kan være skremmende å være alene. Du trenger å være sammen med noen som kan hjelpe deg å mestre hverdagen.

Før levde mange med alvorlige psykiske lidelser sine liv på institusjoner og i privat forpleining. Underlagt strenge regimer og medisinsk psykiatrisk tenkning preget av sykdom, symptomer og medisiner. Nå bor de samme menneskene hjemme, og det handler om å styrke sin evne til å leve med symptomene, oppnå bedre helse, styre egen økonomi, skaffe utdanning og arbeid. Det handler om å håndtere relasjoner, gå på butikken og handle og gå på offentlige kontorer. Å sørge



HJELP I HVERDAGEN: Psykisk helsearbeid dreier seg om å fremme håp, tørre å stå i folks hverdag på godt og vondt, og å kunne lindre smerte. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

for at ikke frykt, ensomhet, depressive tanker, selvskadning, rus og isolasjon tar overhånd.

Det er i dette området sykepleierne arbeider. Studien viser at sykepleierne har hyppig kontakt i oppfølgingen av pasienter med én til tre besøk i uka. De møter den som er rammet av rus og psykisk helsevikt tett på i eget hjem, og sykepleierne er kompetente og erfarne, og med evne til å etablere kontakt med sårbare mennesker over tid.

Økt verdighet

Psykisk helsearbeid dreier seg i liten

grad om behandling på kontor og kortvarige terapier. Psykisk helsearbeid dreier seg om langsiktig arbeid, kjennskap og vilje til å fremme håp, tørre å stå i folks hverdag på godt og vondt, og å kunne lindre smerte. Det handler om å pusse tenner, le på kafé, være med brukeren på møter med offentlige kontorer. Det handler om verdighet, respekt og ydmykhet for at hvert liv er forskjellig, og trenger å bli møtt der det er. Det handler å om hjelpe pasienter i kriser, vurdere risiko for selvmord, vurdere effekten av medisiner, og å stelle sårene. Det handler om opplevelse av verdighet, egen helse og eget liv. ■

Mødres kamp for verdighet

Kvinner med psykiske lidelser og omsorgsansvar for egne barn blir ikke spurt om det mest sentrale i deres liv – det å være mor.

Avære mor er noe mer enn å oppfylle sosiale normer og juridiske krav. Det er også noe mer enn å mestre praktiske og dagligdagse gjøremål.

Det å være mor handler om å oppfylle et indre genuint ansvar som er mennesket gitt og knyttet til dets absolutte verdighet.

Når denne dimensjonen bagatelliseres og/eller overses i behandlingsrelasjonen, krenkes verdigheten. Mødrene beskytter seg og sine barn mot krenkelser ved å forholde seg tause og trekke seg tilbake.

Omsorgens innerste vesen

Hensikten med min doktorgradsavhandling har vært todelt:

1) Å synliggjøre omsorgens innerste vesen slik den trer frem i helse og lidelse hos mødre som er pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

2) Å utvikle kunnskap om mødrenes erfaringer av å bli møtt i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Studien er forankret i den omsorgsvitenskapelige teorien slik den er utviklet av Katie Eriksson og forskere ved Åbo Akademi i Finland (Eriksson, 2001; Lindström, Lindholm, & Zetterlund, 2010).

Omsorgsvitenskapens enhetlige menneskebilde, ideene om omsorg, helse og lidelse som naturlig og

menneskelig, har gitt føringer for min fortolkning og forståelse. Omsorg er grunnleggende naturlig for mennesket og består av å stelle/pleie, leke og lære for å skape en tilstand av tillit, tilfredshet, utvikling og kroppslig og åndelig velvære.

Helse er noe man er

Helse og lidelse er ikke motsetninger, men forutsetter hverandre i menneskets væren og tilblivelse. Helse er ikke noe man har, men er.

I lidelsen møter mennesket eksistensielle utfordringer som stiller spørsmål om hvordan livet leves (Eriksson, 2008). Gjennom ulike prosesser av å gjøre, å være og å bli til, strever mennesket seg for å kjenne seg hel (Eriksson, 2006, 2008).

Mennesket søker og strever hele tiden etter helhet og større integrasjon, og dette henger sammen med dets opplevelse av verdighet (Eriksson, 2000).

Den relative verdigheten forandres med tid, sted og kultur, mens den absolutte verdigheten innebærer det genuine ansvaret mennesket har for seg selv og andre i verden (Edlund, 2002).

Gadamers hermeneutikk

Hans-Georg Gadammers (2010) filosofiske hermeneutikk har vært den overbyggende og veiledende

Av **Nina Blegen**, førsteamanuensis, Høgskolen i Oslo og Akershus



metodologi i fortolkningsprosessens alle stadier. Ifølge den hermeneutiske filosofien, er mennesket søkende og forstående i sin natur.

Forståelse er ikke noe vi er i besittelse av. Det er vår væren som konstituerer seg gjennom å fortolke og forstå og er uoppløselig knyttet til vår eksistensielle dimensjon.

Min avhandling er en fortolkende studie hvor søkelyset er rettet mot det å ta del i mødres fortellinger om sine erfaringer. Fortolkningen er utdypet ved hjelp av omsorgsvitenskapens teori og filosofiske tekster av Paul Tillich (1952), Martin Buber (2000) og Emmanuel Levinas (1990, 1992, 2004, 2013).

Dybdeintervjuer av mødre

Jeg har dybdeintervjuet 15 mødre som hadde barn mellom 0 og 18 år. Alle mødrene var frivillig innskrevet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Eksklusjonskriterier var om de var ufrivillig innlagt, aktiv psykotiske siste seks måneder, selvmordstrua eller under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler under intervjuetiden.

Alderen på mødrene varierte fra 28 til 53 år, og til sammen hadde de 33 barn. De fleste hadde den daglige omsorgen for sine barn, noen hadde delt

MØDRENES FORTELLINGER: Artikkelforfatteren har dybdeintervjuet 15 mødre som er frivillig innskrevet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Illustrasjonsfoto: NTB Scanpix.

■ Doktoravhandling

Artikkelen tar utgangspunkt i artikkelforfatter Nina Blegens egen doktoravhandling, «Kallet til livets embete – mødre i helse og lidelse». Blegen har fått stipend fra NSF og disputerte ved Åbo Akademi i Finland, 9. januar i år.

omsorg og noen hadde i perioden vært fratatt den daglige omsorgen.

Behandling versus behov

Jeg har oppmerksomheten rettet mot mødre, fordi jeg i min erfaring som psykiatrisk sykepleier og gjennom mange års arbeid på avdelinger og psykiatrisk poliklinikk, har hatt spesiell interesse for kvinner, barn og familiers helse.

«Foreldres og barns helse kan ikke sees som atskilte.»

Under min tid på psykiatrisk poliklinikk vokste det etter hvert frem en uro over at det var en uoverensstemmelse mellom behandlingen som gis til mødre, og hva de trenger nettopp fordi de er mødre. Dette mener jeg godt kan overføres til også å gjelde fedre.

Avhandlingen består av fire vitenskapelige artikler og en overbyggende kappe. Denne fagartikkelen baserer seg på noen funn fra studiene i avhandlingen.

Barns helse

Jeg vil først rette oppmerksomheten mot barna og deres helse, for det er barna som er mødrenes største og viktigste anliggende (Blegen, 2015).

Det finnes omfattende forskning på barns psykiske helse og utvikling, spesielt der mor, far eller begge to har en psykisk lidelse og/eller rusmisbruk, og/eller hvor barn har opplevd og/eller erfart vold og overgrep (Blegen, Hummelvoll, & Severinsson, 2010; Torvik & Rognmo, 2011).

Forskning har vist gjentatte ganger at disse barna er utsatte og sårbare for selv å utvikle psykiske plager og/eller psykiske lidelser. Samtidig må vi ikke glemme at det finnes barn med dette utgangspunktet som klarer seg bra og lever gode liv til tross for sine opplevelser.

Gjensidig avhengighet

Det er opprettet forskrifter og rutiner slik at barn skal bli ivaretatt når mor eller far er syk.

Mødres psykiske helse sett i sammenheng med det juridiske og sosiale omsorgsansvar, har fått økt oppmerksomhet, mens betydningen av mødrenes indre etiske ansvar knyttet til menneskets eksistensielle dimensjon har fått langt mindre oppmerksomhet (Blegen et al., 2010).

Å ta barns helse på alvor, er å ta deres mors og fars helse på alvor. Å være opptatt av barns psykiske helse og utvikling, er å være opptatt av foreldrenes psykiske

helse og livssituasjon. Å fremme helse i samfunnet betyr å ta foreldres og barns helse på alvor.

Foreldres og barns helse kan ikke sees som atskilte, men som gjensidig avhengige av hverandre, uavhengig av omsorgssituasjon.

Sårbarhet, frykt og utelukkelse

Mødre med psykisk lidelse er ekstra sårbare. Sårbarheten er knyttet til følelsesmessige og kroppslige plager og til marginaliserte økonomiske og sosiale forhold (Blegen, Eriksson, & Bondas, 2014; Blegen et al., 2010).

Mange mødre lever i frykt for at barna lider på grunn av deres lidelse. De frykter for at de ikke skal bli bra, og når de er blitt bedre, bekymrer de seg for tilbakefall.

Mødrene forteller også om frykten for diagnostiseringens stigmatiserende stempel, for at de skal oppfattes som diagnosen og ikke som seg selv. Å bli sett og bekreftet som den man er i mellommenneskelige sammenhenger, er avgjørende for å oppleve seg selv som et helt og verdig menneske (Blegen et al., 2014; Blegen et al., 2010; Blegen, Hummelvoll, & Severinsson, 2012).

For mødre med psykisk lidelse innebærer dette å bli sett som den unike moren hun er med et genuint naturlig ansvar, ikke fordi barnet er av hennes kjøtt og blod, men fordi hun som menneske innehar et spesielt omsorgsansvar (Blegen, 2015).

Både kropp og følelser

Psykisk lidelse er ofte en usynlig og taus lidelse med både kroppslige og følelsesmessige konsekvenser (Blegen et al., 2014).

Kroppslig smerte gjorde at mødrene kjente seg syke, svake og utslitte. Følelsesmessig handler det om angst og uro knyttet til den psykiske lidelsen, men også knyttet til bekymringen for å ikke strekke til som mor (Blegen et al., 2012).

Opplevelsen av seg selv som syk og svak aktualiserte spørsmål som «hvorfor hender dette meg?», «hva er meningen» og «hva er meningen i livet?»

Mange kjempet med tanken om at de ville forsvinne, men barnas behov for dem som mor var den sterkeste motivasjonen for å kjempe videre.

«Jeg blir ikke bra før jeg får orden på dette med barna mine.» «Jeg må komme meg slik at jeg kan være der for dem.»

Motstridende og vanskelige følelser

I behandlingssituasjoner ble det ofte satt søkelys på

symptomene, og mødrene ble bedt om å prioritere sin egen lidelse framfor barnas helse (Blegen et al., 2012). Dette skapte motstridende og vanskelige følelser.

De balanserte mellom sine indre følelsesmessige smerter, behandlingens/behandlers krav og barnas behov for dem.

Når de ble tvunget til å avslutte amming fordi de måtte ta medisiner, skapte det en følelsesmessig konflikt som var vanskelig å leve med. Noen følte seg presset og var uforstående til at de ikke kunne behandles uten medikamenter. Én mor ønsket seg noen som kunne tåle hennes vanskelige og vonde følelser, gå i møte med henne, i stedet for å bli presset til å spise medikamenter (Blegen et al., 2014; Blegen et al., 2012).

Mødrene fortalte også om at de var redde for å snakke åpent og ærlig om seg selv, fordi det kunne bli brukt mot dem senere. Noen hadde vært i kontakt med barnevern og vært i rettsaker der diagnosen og symptomene ble stilt opp som bevis for at de var uegnet til å ha omsorg for sine barn.

Den indre og den ytre verden

Mødrene lengtet etter forståelse og støtte, men følte det som et nederlag å måtte be om hjelp (Blegen et al., 2014). Hjelpen ga håp om å kunne dele sine vanskelige følelser og erfaringer, og få bekreftelse og støtte. På samme tid fornemmet de frykten for avvísning og bagatellisering.

Psykisk lidelse kan kjennes som å bli slitt i stykker. Dette ble erfart som et følelsesmessig kaos, som om de hadde mistet fotfestet i livet. De hadde et sterkt

ønske om finne tilbake til livet sitt og være en mor som barna kunne finne ro og trygghet hos.

«Jeg vil så gjerne være et ankerfeste for barna mine, men slik det er nå klarer jeg knapt nok å holde meg selv sammen.»

Mot til å kjempe videre

Mødrene søkte hjelp og forståelse for situasjonen de var i, men de søkte også medlidenhet og bekreftelse på et dypere plan.

Å ta imot hjelp er å være sårbar og avhengig, og krever at den som møter pasienten forstår dette, kan høre og tåle deres lidelse.

I omsorgens bekreftelse og anerkjennelse erfarte de lettelse. Dette ga opplevelse av hvile og ro slik at de kunne finne ut av kaos og frem til seg selv igjen. Gjennom dette fikk de mot til å kjempe videre for å bli den moren de ville være, til tross for angst og frykt.

Motet er viljens kraft og bekrefter menneskets indre sanne natur (Tillich, 1952), og kan bidra til forsoning med lidelsen og det livet som er levd (Gustafsson, Wiklund-Gustin, & Lindström, 2011).

En sterk vilje til omsorg

Ifølge omsorgsvitenskapen handler kampen i helse og lidelse om å skape seg selv og forme sitt liv etter sitt indre vesens verdier (Eriksson, 1991, 1997). Mennesket er omsorgsfull i sitt vesen og konstituerer seg som menneske gjennom å ta omsorg for andre (Eriksson, 2006).

Omsorgen fødes i samme sekund som barnet,

NØDVENDIG VERDIGHET:

Opplevelsen av seg selv som et helt og verdig menneske gir opplevelse av kontroll og makt i eget liv og er livsnødvendig for god psykisk helse. Illustrasjonsfoto: NTB Scanpix.



men det er situasjonene som senere avgjør hvorvidt det får gode nok muligheter til å utvikle sin evne til omsorg.

Ifølge Levinas (2013), hviler omsorgens holdninger og handlinger i et indre krav om å ivareta sin neste. Dette indre kravet kom til syne i mødrenes erfaringer som en sterk vilje til å ta omsorg for barna sine.

I denne forståelsen kjemper mødrene for å være mor på en slik måte at barna får mulighet til å utvikle seg i henhold til sitt potensial. I relasjonen mellom mor og hjelper betyr det å gi muligheter, slik at hun kan lytte innover i seg selv og finne tilbake til gleden og begeistringene over omsorgen og barna.

Mødrene fortalte om fortvilelsen over gleden som var blitt borte i den psykiske lidelsen. De hadde lest og fått informasjon om hvor skadelig psykisk lidelse er for barn.

De trakk seg heller tilbake enn å ta sjansen på å skade de som var av største betydning i livet deres.

Åpenhet om skam ga trygghet

Kvinnenes erfaring av å komme til kort som mødre skapte dårlig samvittighet og skyldfølelse (Blegen et al., 2014). Åpenhet og ærlighet angående skyldfølelse og skam skapte trygghet. Fortielse skapte mer skyld og en følelse av at det var en mangel ved deres vesen, en begrensning som måtte skjules (Blegen et al., 2014; Blegen et al., 2012).

«Mødrene strevde med å uttrykke sitt unike vesen.»

Behandlingens oppmerksomhet på diagnoser og symptomer økte frykten for å avsløre seg selv som ikke god nok. Mødrene trakk seg tilbake, ikke bare fra andre mennesker, men også fra sin indre verden, som etter hvert ble en diffus avgrunn de ikke orket å bevege seg inn i.

Eksistensiell ufrihet

Når skyldfølelsen og skammen ble unngått i behandlingsrelasjonen, ble også mulighetene for ransaking og forsoning borte.

Mødrene trakk seg tilbake i en form for indre eksil, atskilt og skjult for seg selv, for sine medmennesker og sine omgivelser.

Dette er bildet på eksistensiell ufrihet, der mødrene er overgitt og overlatt til seg selv. Omsorgens anerkjennelse og bekreftelse er det de lengter etter og det som kan forløse den sjelelige smerten.

Samtidig er det dette de frykter fordi det også inneholder muligheten for avvising og fordømmelse.

Kampen for å være og eie seg selv

Angsten og fortvilelsen i den psykiske lidelsen uttrykker mødrenes sjelelige smerte. De fortalte at det var som å ha mistet seg selv og retningen i livet (Blegen et al., 2014).

Eksistensielt kan man forstå angsten og fortvilelsen som uttrykk for lengselen etter å få være den man innerst inne er. Den kan også forstås som et uttrykk for frykten de hadde for å bli avvist og fordømt.

Mødrene strevde med å uttrykke sitt unike vesen, men følte seg presset til å undertrykke seg selv for å leve opp til behandlingens forståelse og forventninger.

På grunn av manglende invitasjon og bekreftelse gjorde noen seg usynlig ved å trekke seg tilbake både fra barna sine, familien og fra dem som kunne hjelpe. Det var bedre å holde seg tilbaketrasket og usynlig enn å skade barna, og det var bedre å være utilgjengelig og lukket enn å være åpen og ærlig og risikere fordømmelse for å ikke være en god nok mor.

«Jeg ville at noen andre skulle ta seg av barna for å se om de hadde tatt skade av meg, det var ikke noe jeg kunne bedømme.»

Å være og å eie seg selv

Mennesket har et bilde av seg selv slik de virkelig er og et bilde av hvordan de ønsker å være (Tillich, 1952). Mødrenes erfaringer sett i lys av dette kan forstås som at de levde mellom det de hadde oppnådd som mor og det de innerst inne kjente at de hadde muligheten til å oppnå.

Å kjenne sine indre muligheter innebærer makt og betydning i eget liv, noe som bidrar til personlig vekst og utvikling, ikke bare for moren, men også for barna.

Samtidig skaper bevisstheten om egne realiteter angst for ikke å være god nok, både i egne og andres øyne. Mødrenes følelsesmessige kamp mellom skyld og skam kan eksistensielt forstås som lengselen etter bekreftelse og anerkjennelse slik at de kan få være og eie seg selv.

Handlingene er derimot ofte drevet av skyldfølelsen og skammen og skaper frykt for avvising (Jf. Buber, 2000).

Et helt og verdig menneske

Opplevelsen av seg selv som et helt og verdig menneske gir opplevelse av kontroll og makt i eget liv og er livsnødvendig for god psykisk helse.

Menneskets vilje til å ta ansvar for seg selv og andre er grunnfestet i livet (Levinas, 2013). Angst og fortvilelse rokker ved dette. Samtidig er det i angst og fortvilelse at mennesket er i kontakt med sitt innerste (Tillich, 1952).

Å forstå lidelsens følelsesmessige bevegelse mellom helse og lidelse kan gi pasienten muligheter til å ta livet sitt tilbake, gjenopprette relasjonen til barna og andre som en ansvarlig deltaker både i eget og barnas liv (Blegen et al., 2014).

Når meningen i livet trues

Årsaksforklaringer kan skape lindring for en stund, men tilslører det indre etiske ansvaret mødrene har som mor og menneske. Opplevelsen av å være en mor med mangler innebar følelsen av å miste kontroll og ansvar både over egen og barnets helse (Blegen et al., 2014; Blegen et al., 2012).

Modrenes opplevelse av å måtte gjøre seg følelsesmessig usynlig og fremmed for seg selv skapte grobunn for tvilen om det i det hele tatt var noen plass for henne i verden som seg selv. Eksistensielt kan det forstås som at meningen i livet er truet (Tillich, 1952).

Når meningen i livet trues er livet truet og tanken om å forsvinne eller begå selvmord kommer nærmere. Det var ikke redselen for fysisk smerte eller tomheten som holdt dem ifra å ta sitt liv, men livets betydning i seg selv som var gestaltet i barnet (Blegen et al., 2012; jf. Tillich, 1952).

Referanser:

1. Blegen, N. E. (2015). Kallet til livets embete - mødre i helse og lidelse. (PhD), Åbo Akademi, Vasa, Finland.
2. Blegen, N. E., Eriksson, K., & Bondas, T. (2014). Through the depths and heights of darkness; mothers as patients in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 852-860. doi:10.1111/scs.12122
3. Blegen, N. E., Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2010). Mothers with mental health problems: a systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 12(4), 519-528. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00550.x
4. Blegen, N. E., Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2012). Experiences of motherhood when suffering from mental illness: A hermeneutic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, no-no. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00813.x
5. Buber, M. (2000). *Skuld och skuldskänsla*. Ludvika: Dualis Förlag AB.
6. Edlund, M. (2002). *Människans värdighet ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. (PhD), Åbo Akademi, Vasa.
7. Eriksson, K. (1991). *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunnskap-objekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
8. Eriksson, K. (1997). *Understanding the World of the Patient, the Suffering Human Being: The New Clinical Paradigm from Nursing to Caring*. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 8-13.
9. Eriksson, K. (2000). *Hälsans ide*. Göteborg: Vårdserie Liber.
10. Eriksson, K. (2001). *Vårdvetenskap som akademisk disciplin. Vårdforskningsrapport*. Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Menneskets absolutte verdiget

Noen mødre fortalte om krenkelsene de opplevde gjennom helsevesen, barnevern og i rettsaker. Begrunnelsen for omsorgsovertakelsen tok utgangspunkt i symptomer og diagnoser og ikke i at mødrene var sitt indre ansvar bevisst.

Det indre menneskelige ansvaret handler om menneskets absolutte verdiget (Levinas, 2004, 2013). Å bli forklart ut fra en motivasjon, på grunn av en eller annen defekt eller ut fra et diagnosekriterium tar ifra mødrene ansvaret, dermed valgmulighetene deres.

Konfliktene som oppstår i slike situasjoner kan forstås som et resultat av at mødrene måtte beskytte seg og barnet mot disse krenkelsene (Blegen et al., 2014; Blegen et al., 2012).

Av stor betydning

Opplevelsen av verdighet skapes i relasjonene mødrene er i til enhver tid, med seg selv, barnet og den som skal hjelpe.

Når mødrene eksistensielle erfaringer av psykisk lidelse ignoreres må de fortsette å skjule sine levde erfaringer, både for seg selv og andre. Den som skal hjelpe må evne og makte å ta dette perspektivet inn i omsorgen for mødrene.

Det er av stor betydning, fordi det omfatter ikke bare morens helse, men også barnets og i siste instans den psykiske helsen i samfunnet. ■

11. Eriksson, K. (2006). *Omsorgens ide* (A. E. Overgaard, Trans.). København: Munksgaard Danmark.
12. Eriksson, K. (2008). *Det lidende menneske*. København: Munksgaard.
13. Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode*. (L. Holm-Hansen, Trans.). Oslo: Pax Forlag A/S.
14. Gustafsson, L. K., Wiklund-Gustin, L., & Lindström, U. (2011). The meaning of reconciliation: women's stories about their experience of reconciliation with suffering from grief. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 525-532.
15. Levinas, E. (1990). *Etik og oändlighet. Samtal med Filippo Nemo*. (2 ed.). Stockholm-Lund: Symposion Bokförlag & Tryckeri AB
16. Levinas, E. (1992). *Tiden och den Andre*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.
17. Levinas, E. (2004). *Den annans humanisme*. Aschehoug & Co.
18. Levinas, E. (2013). *Undervis mot den annen. Essays av og om Levinas*. Oslo: Vidarforlaget.
19. Lindström, U. Å., Lindholm, L., & Zetterlund, J. E. (2010). Theory of caritative caring. In M. R. Alligood & A. M. Torney (Eds.), *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 190-221). Maryland Heights, Missouri, USA: Mosby Elsevier.
20. Tillich, P. (1952). *The courage to be* (Second ed.). New Haven, CT: Yale University Press.
21. Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Folkehelseinstituttet.



Foto: R. Lund/Fotofrapp.no

Feil å kutte i ambulant team

Det er påfallende hvor komfortabelt vi – som skal hjelpe mennesker med psykiske lidelser – sitter i stolen på kontorene våre. Vi må komme oss ut til brukerne der de bor. Ikke kutte i hjelpen.

Vi som hjelper brukerne der de bor og lever, får svingt sparekniven over oss. Jeg jobber i et ambulant akutteam ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS). Disse sentrene ble opprettet for at spesialistene skulle komme tettere på folk, der de bor – i kommunene. Vårt ambulante akutteam ble for halvannet år siden halvert fra tolv til seks personer. I dag prioriteres arbeid ute i brukernes nærmiljø i akutt fase bort. Forklaringen er manglende ressurser.

DPS skulle ha en større nærhet til kommunene enn det de store institusjonene hadde. Reformen i psykisk helsefeltet på 90-tallet framholdt at pasientene skulle ut av institusjonene og få et hjem i egen kommune. Det krevde at tjenestene og ressursene flyttet etter. Nå i 2015 burde vi ha kommet lenger i det å flytte spesialistkompetansen nærmere kommunene.

Ja! – er ordet

Jeg har selv lang erfaring med å jobbe med brukerne i deres miljø. Det å ta av seg skoene i gangen og være en gjest hos den man skal hjelpe, det å komme

når det trengs, gir en helt annen nærhet og innsikt i vedkommende sitt liv. Hjelper og bruker blir mer likeverdige. Kanskje er pårørende også til stede. Jeg vil påstå at det er umulig å komme i en like god posisjon til å være til hjelp inne på en institusjon, som i lokalmiljøet sammen med brukeren.

Hva skal en få ut av en 45 minutters samtale på poliklinikk, når det er to busser begge veier, og kanskje en bekymring for å finne frem. Det kan ikke kalles god behandling i en akutt fase. Mange orker ikke å komme seg av gårde til en slik samtale. Eller de føler seg ikke verdt et tilbud, og vil ikke være til bry. Det er fortsatt mye skam forbundet med psykiske lidelser. Derfor må hjelpeapparatet være på tilbudssiden, ha en ja-innstilling!

Slutt å telle – gjør jobben

Det overordnede målet for ambulante akutteam er å redusere behovet for innleggelse i døgnenhet og for tvang. Dette skal skje gjennom å tilby hjelp nærmere der brukerne bor og på et så tidlig tidspunkt som mulig. Stortinget vedtok i 2005 at det skal satses på denne typen

behandling. Det er et ledelsesansvar å forvalte og gjennomføre det myndighetene har bestemt.

Jeg undrer meg over følgende: Når det klages over manglende ressurser, så trekker en seg tilbake til kontorene og gamle systemer. Hva med i stedet å tenke nytt og utadrettet? Det er da vi må være tøffe og gjøre det motsatte. Se på det som fungerer: Komme oss ut av komfortsonen på kontoret, og ut i verden der brukernes liv foregår. Ambulante tjenester er også livsviktig etter utskrivelse. Vi vet mye om risiko for selvmord etter utskrivelse, særlig etter selvmordsforsøk. Det er også behandling å avtale hjemmebesøk før utskrivelse; i morgen, ikke i neste uke. Mange kommuner vil trenge litt tid for å være på banen. Det er for enkelt å sitte i spesialisthelsetjenesten og si at dette er kommunens ansvar. Det finnes ingen faglige begrunnelser for å trekke bort ambulant og utadrettet aktivitet. Heller ikke økonomisk gir det noen gevinst. Det gir flere kostbare innleggelse. Vi må slutte å telle konsultasjoner. I stedet gå ut og gjøre jobben som samfunnet ønsker der hvor mennesker lever og bor. ■



Den glemte omsorg

Hvorfor blir vi pårørende aldri inkludert, men likevel tatt for gitt når ingen andre kan stille opp?

Da Hagenutvalget i 2011 pekte på at vi har en knapphet på frivillige omsorgsyttere og at det derfor måtte en ny, moderne pårørendepolitikk til, var det mange pårørende som øynet håp. Utvalget viste til at familieomsorgen er den usynlige omsorgen, og nå måtte dette løftes fram. NOU-utvalget utformet «Innovasjon i omsorg» som sa mye av det samme som NOU-dokumentet fra samme år «Når sant skal sies om pårørendeomsorg – Fra synlig til verdsatt og inkludert». Nå måtte noe skje.

Ser vi resultater?

Vi vet at det utarbeides planer fra myndighetene, men disse er gjerne også planer som ikke nødvendigvis iverksettes av utførerne av helseomsorgen. Viljen er altså der. Vi har utallige stortingsmeldinger, offentlige utredninger, veiledere og strategier som sier noe om viktigheten av å inkludere og involvere pårørende, men det er lite gjennomføringskraft. Det virker som om et reelt samarbeid bare kan oppnås dersom helsepersonell føler at de trenger pårørende i behandlingen, men per i dag virker det ikke som om dette står særlig høyt på agendaen.

Hvorfor er det sånn? Er ikke sykepleiere og annet helsepersonell klar over hvilken ressurs pårørende kan være? Er det vanskelig å samarbeide med pårørende? Vet man ikke hvordan man kan benytte seg av pårørende? Er familiearbeid for vanskelig? Føler man seg utrygg? Er det for komplisert? Vi har mange spørsmål, men få svar.

Landsforeningen for Pårørende

innen Psykisk helse prater daglig med pårørende. Gjennom vår rådgivningstelefon, våre lokallag og medlemmer får vi tilbakemeldinger om hvor skoen trykker og hvordan hjelpeapparatene fungerer.

Mange roller

«Når sant skal sies om pårørendeomsorg» slo fast at pårørende står bak 50 % av all omsorg. I veilederen «Pårørende en ressurs», utgitt av Helsedirektoratet, beskrives pårørendes mange roller. Pårørende er kunnskapskilde, omsorgsgiver, en del av pasientens nærmiljø og pasientens representant. I tillegg har pårørende egne behov.

Pårørende representerer sine mindreårige barn som foreldre. Senere i livet kan man være oppnevnt som verge eller hjelpeverge, eller pasienten kan selv velge å gi pårørende fullmakt til å representere seg. I ytterste konsekvens skal altså den pårørende selv leve to liv, og dette er noe vi pårørende faktisk ønsker. Vi ønsker å bidra så mye som mulig for at våre kjære skal ha det best mulig. Utfordringen ligger selvfølgelig i at vi gjerne glemmer oss selv og våre egne behov.

Må inkluderes

Det å være inkludert og involvert i behandlingen av våre nærmeste er hjelp for vår egen del. Vi trenger å få kunnskap om hva som skjer, for å forstå og hjelpe. Pårørende har uvurderlig kunnskap om pasienten. Vi lever med personen til daglig og ser faresignalene. Vi vet hvordan han fungerer i en normalsituasjon.

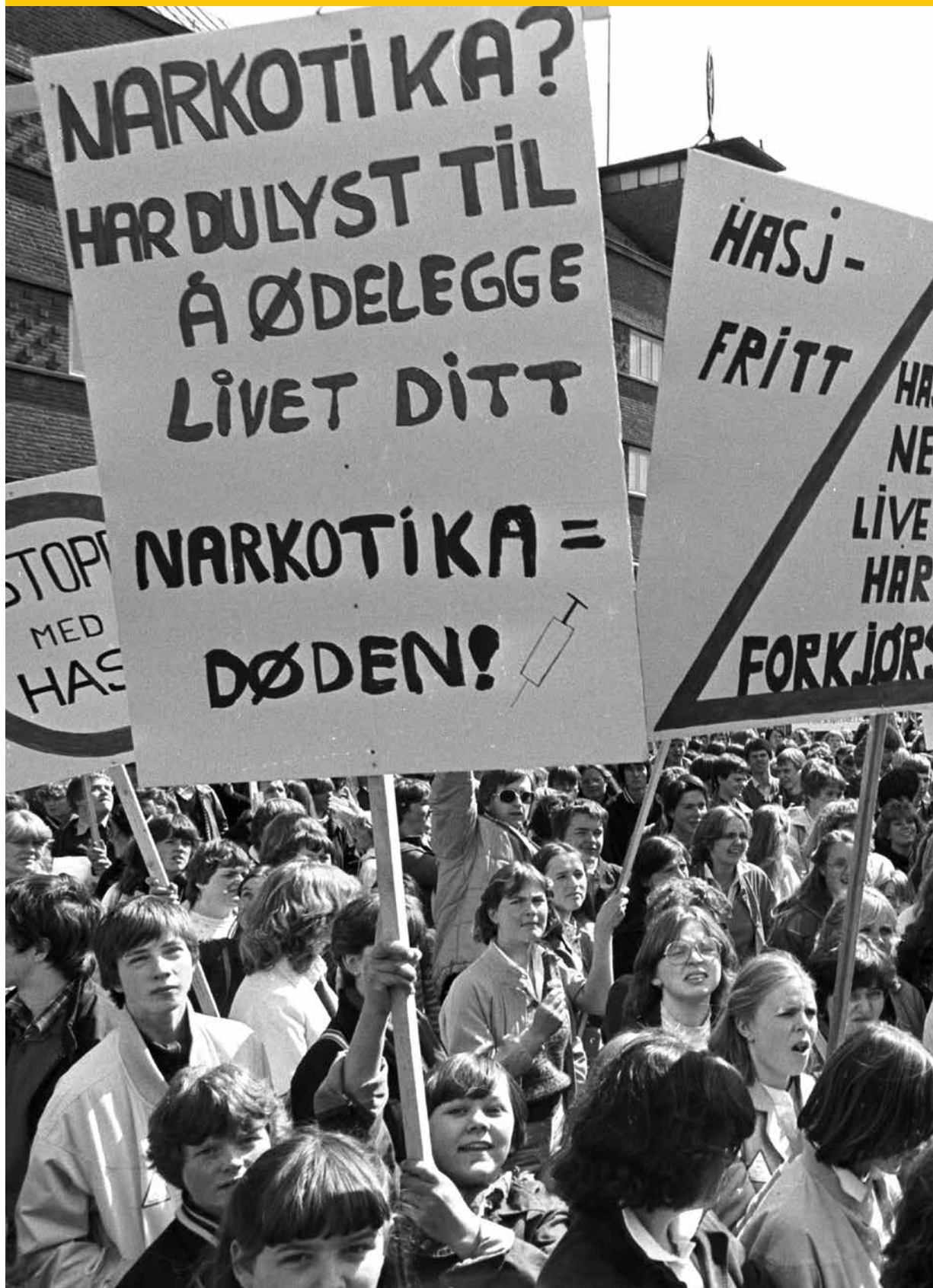
Samtidig skal ikke pårørende blir overinvolvert, brennes ut og påta seg ansvar som pårørende ikke skal ha.

Henry Ford hadde trolig løsningen for et halvt århundre siden. Han sa at å komme sammen er en begynnelse. Å holde sammen er fremgang, mens å arbeide sammen er suksess. For å komme videre må vi å få mer kunnskap om hverandre og samhandle på en bedre måte. Det at pårørende inkluderes er kanskje det viktigste man kan gjøre. Dette glemmer gjerne helsepersonell. Vi skal ikke inkluderes og informeres, fordi man har jo taushetsplikt. Men når pasienten får permisjon eller utskrives, forventes det at vi er der, vet, kan og ser. Dette må sykepleiere huske.

Våå å samarbeide

Hva er det som gjør at sykepleiere er oppatt av at de skal ha en god relasjon med pasienten, men ikke ønsker å inkludere oss pårørende? Hva skjer dersom omsorgen fra pårørende forsvinner? Sykepleierne har en kort relasjon til pasienten, mens vi lever med personene livet gjennom. Det betyr at vi vet svært mye om hvordan pasienten fungerer, og vi ser når noe er galt. Ønsker ikke helsepersonell denne kunnskapen? Jeg tror svaret på det er jo, men man våger trolig ikke helt ta steget.

Men vi stiller opp, hver gang. Her har vi alle mye å lære av Henry Ford. Vi må begynne å samhandle. Til det beste for pasienten, sykepleierne som vil kunne forstå pasienten bedre og ikke minst oss pårørende. ■



NEI TIL HASJ: Minst to tusen elever fra videregående skoler på Ringerike demonstrerte på Søndre Torv i Hønefoss i mai 1982. «Nei til hasj, livet har forkjørsrett.» var elevenes slagord. Slagordet var også på jakkemerker som ble solgt i tusenvis av eksemplarer, ifølge Aftenposten som hadde saken på trykk.

Kilde: Scanpix



PTSD hos personer med utviklingshemning

Bakgrunn

Personer med utviklingshemning utvikler oftere psykisk lidelse sammenliknet med den generelle befolkningen (Bakken mfl., 2010; Cooper mfl., 2007; Einfeldt og Tonge, 2007; Emerson og Hutton, 2007). I løpet av de siste ti-femten årene har det vært økende oppmerksomhet på komorbide lidelser som psykoser, affektive lidelser og angstlidelser, inkludert tvangslidelser og posttraumatisk stresslidelse hos mennesker med utviklingshemning.

Pasienter som har utviklingshemning, selv med lett eller moderat grad – og særlig pasienter med autismespekterforstyrrelse – vil vise både vanlige og atypiske symptomer på psykisk lidelse. De atypiske symptomene vil komplisere både diagnostisk vurdering og psykososiale intervensjoner (Helveschou mfl., 2011; Mohiuddun mfl., 2011; Bakken mfl., 2008). Atypiske symptomer vises ofte som utagerende atferd som aggresjon eller selvskaide, eller som endret atferd i sosial interaksjon (Myers

og Winters, 2002; Lainhart, 1999, Bakken og Helverschou, 2009; Bakken mfl., 2007).

Diagnostisk overskygging er et begrep som brukes om det at psykisk lidelse overses hos mennesker med utviklingshemning som viser atypiske symptomer. Symptomer som selvskaide eller bisarr atferd tilskrives den grunnleggende funksjonshemningen i stedet for å utredes som en psykisk tilleggslidelse (Reiss mfl., 1982). Diagnostisk overskygging er et kjernebegrep i forbindelse med psykisk lidelse hos personer med utviklingshemning. Det forklarer hvorfor psykisk lidelse i denne gruppen, inntil de siste årene i svært mange tilfeller, har vært oversett. Personer med utviklingshemning og psykisk lidelse har også ofte medisinske problemer (Charlot mfl., 2011) og neurologiske tilstander (Gustafsson og Sonander, 2005). Hos pasienter som har utviklingshemning, psykisk lidelse, neurologisk lidelse og også somatisk sykdom, vil det kunne være svært vanskelig både å skille de ulike tilstandene fra hverandre, og å gi adekvat behandling. Særlig fordi pasienten kan ha

Sammendrag

Personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for overgrep og invaderende atferd. De vil være særlig sårbare ved tap av nære relasjoner. Livshendelser som for personer i den generelle befolkningen vil integreres i livshistorien, vil for en person med utviklingshemning kunne forbli ubearbeidet og framkalle sterkt ubehagelige og skremmende gjenopplevelser. Personer med begrenset verbalspråk som lider av traumatisk stress vil kunne vise sterkt utagerende atferd ved gjenopplevelser. Behand-

lingen innebærer et langsiktig behandlingsperspektiv hvor sikring og trygging av personen; stabilisering er den grunnleggende tilnærmingen. Bearbeiding av traume i behandlingssamtaler vil være aktuelt for personer med adekvat språkforståelse. For personer med moderat eller alvorlig grad av utviklingshemning vil det være aktuelt å vektlegge forståelse og implikasjoner av traumatisk stress hos primære omsorgsgivere, samt identifisering av trigger. Stabilisering vil være nødvendig parallelt med andre intervensjoner.

Av **Trine Lise Bakken**, PhD, psykiatrisk sykepleier, leder regional kompetansetjeneste for psykiatri og utviklingshemning, Oslo universitetssykehus



store vansker med å fortelle om sine mange plager. Det vil være behov for tverrfaglige team rundt denne gruppen pasienter.

Å bidra til et godt psykososialt behandlingsmiljø er en sentral oppgave for slike team (Taua, Hepworth og Neville, 2012).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en langvarig eller forsinket reaksjon på en sterkt belastende livshendelse eller situasjon (WHO, 1992). Belastningen skal være av usedvanlig truende eller av katastrofal art. Eksempler kan være voldtekt, brann, alvorlig skade, alvorlig overfall, alvorlig ulykke og krigshendelser. En slik hendelse kalles traumatisk stressor. Typiske symptomer kan være episoder hvor personen gjenopplever traumet gang på gang, i påtrengende minnebilder eller mareritt. Personen kan også oppleve følelsesmessig avflating og tilbaketrekking fra andre mennesker samt unngåelse av situasjoner som gir assosiasjoner til traumet. Unngåelsesatferd er vanlig. Ofte har personen økt vaksomhet og blir lettere redd samt utvikler søvnforstyrrelser. Det er vanlig at det utvikles tegn på angst og depresjon.

Det kan gå uker og måneder fra opplevd traume til symptomene på posttraumatisk stresslidelse inntreffer. Forløpet er ofte svingende.

PTSD og utviklingshemning

Personer med utviklingshemning er mer utsatt for invaderende atferd enn personer i den generelle befolkningen (Razza og Tomasulo, 2005, kap. 4). Få publikasjoner beskriver hva slags typer hendelser som typisk kan utløse et traume for mennesker

med moderat, alvorlig eller dyp grad av utviklingshemning. Personer med lav IQ har antakelig økt sårbarhet for å utvikle PTSD etter særlig truende hendelser. Personer med utviklingshemning vil være mer sårbare enn personer i den generelle befolkningen ved overgangsfaser som pubertet og særlig ved tap av foreldre (ibid.). De fleste publikasjoner som omfatter utredning og behandling av traumatiske tilstander, spesielt PTSD, hos personer med utviklingshemning omhandler personer med lett utviklingshemning. Publikasjoner omfatter kliniske utvalg, ofte med svært få personer (Mevissen og de Jong, 2010; Eknes og Bakken, 2009).

Traume kan påvirke en persons affektregulering (emosjonsregulering) i sterk grad. Hos voksne mennesker med utviklingshemning vil affektregulering

«Personer med utviklingshemning er mer utsatt for invaderende atferd.»

gen i utgangspunktet ha sammenheng med grad av utviklingshemning (Sequeira og Hollins, 2003). En traumatisk stressor vil hos normalt intelligente barn og ungdom kunne påvirke biologiske og psykologiske modningsprosesser hos individet. Det er funnet at jo yngre en person som er utsatt for en traumatisk stressor er, jo større sjanse er det for at aggresjon rettes mot individet selv (Tomasulo og Razza, 2007). Det vil kunne oppstå interaksjonseffekter hos individer med utviklingshemning som blir utsatt for trau-

SÅRBAR GRUPPE:

Mennesker med utviklingshemninger utvikler oftere psykisk lidelse, sammenliknet med resten av befolkningen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

matisk stress, og i særlig grad hos yngre personer. Når modningsprosesser utsettes for alvorlig press hos mennesker hvor modningsprosessene allerede i utgangspunktet går saktere enn hos normalt intelligente personer, vil dette kunne resultere i kronisk dysfunksjonell affektregulering (ibid.). Personer med mer alvorlig grad av utviklingshemning, som tidlig i livet utsettes for særlig truende opplevelser, vil kunne utvikle kronisk dysfunksjonell emosjonsregulering som voksne. Særlig hvis disse opplevelsene danner faste mønstre, som ved omsorgssvikt. Kronisk dysfunksjonell affektregulering vil vise seg som utfordrende atferd hos personen. Typisk atferd vil kunne være høye rop og sår gråt, selvskade som hodedunking, kloring eller biting for eksempel på hendene, slag og spark mot nærpå personer, ødelegging av gjenstander, eller motorisk uro. Særlig rasering av omgivelsene og vold mot nærpå personer vil kunne utløse atferdsmodifiserende tiltak som verbal grensesetting og bruk av fysisk makt. Slike tiltak vil være nødvendig når det dreier seg om skadeavvergende tiltak i omgivelsene, men vil på sikt kunne medføre konstant høyt beredskap hos klienten med medfølgende enda svakere affektreguleringsmekanismer. En «ond sirkel» er etablert.

Traumatiske stress kan forårsakes av hendelser som for normalt intelligente personer integreres og

For en ungdom i skolepliktig alder vil symptomer ved PTSD i stor grad påvirke personens muligheter til læring og gjennomføring av aktiviteter. For en person med utviklingshemning vil vanskene kunne gi store konsekvenser for læringsutbyttet. Den nedsatte kognitive funksjonen, nedsatt evne til problemløsning og redusert kapasitet til affektregulering tilsier dette. Personer med utviklingshemning har grunnnet nedsatt kognitiv kapasitet ikke den samme muligheten til å bearbeide traumatiske opplevelser. De vil i større grad vise sterkt utagerende atferd når minnene om traumatet viser seg (Fletcher mfl., 1997).

Utredning

Utredning av PTSD hos mennesker med utviklingshemning er svært komplisert og en oppgave som bør utføres av en spesialist. Det anbefales at det brukes en egen tilpasset manual for utredning av psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning; Diagnostic Manual–Intellectual Disability. A textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability (Fletcher mfl., 1997).

En casestudie av fem pasienter i en regional psykiatrisk spesialavdeling, viser at det er mulig å identifisere PTSD også hos mennesker med moderat og alvorlig utviklingshemning (Bakken mfl., 2014a). Under utredningsarbeidet ble det samlet inn informasjon om negative livshendelser og symptomer. Spesielt angstsymptomer og gjenopplevelser ble kartlagt med hjelp fra pasientens familie og fagpersoner både i spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenesten. I tillegg ble det brukt eldre og nyere skriftlig dokumentasjon som epikriser og journalnotater. Miljøterapeuter, sykepleiere og hjelpepleiere, skåret informantversjonen av Lancaster and Northgate Trauma Scale (Wigham mfl., 2011). Bakken og medarbeidere fant at de fem pasientene før utredning av PTSD hadde hatt andre diagnoser som psykose og personlighetsforstyrrelse. Det er viktig å være oppmerksom på at når mennesker med utviklingshemning forteller om «usannsynlige» hendelser, kan det være virkelige hendelser hvor personens begrensede språklige framstilling gjør at det er vanskelig å forstå.

Diagnostisering av traumatisk stress er særlig komplisert hos personer som ikke kan fortelle om plagsomme tilbakevendende minnebilder og hvilke situasjoner som kan «trigge» minnebilder og angstreaksjoner. Identifisering av både akutt og vedvarende traumatisk stress, PTSD, er derfor svært vanskelig i denne gruppen. Noen holdepunkter er

«Utredning av PTSD hos mennesker med utviklingshemning er svært komplisert.»

blir en naturlig del av livshistorien. Det kan dreie seg om at foreldre dør, at søsken og venner flytter eller blir syke, at de kommer til bedre posisjoner enn en selv, eller det å flytte hjemmefra; noe som vanligvis blir sett på som en naturlig del av det voksne livet. Slike hendelser kan være særdeles skremmende for personer med utviklingshemning (Mevissen og de Jong, 2010). Kognitive forståelsesvansker i tillegg til utviklingshemning, spesielt ved autismespektrumforstyrrelse, kan gjøre enkelte hendelser spesielt truende. For eksempel det å flytte hjemmefra vil kunne medføre betydelig grad av stress for personer i denne gruppen, særlig hvis personen ikke får god informasjon om at det å flytte hjemmefra innebærer at man fremdeles kan være sammen med foreldrene, ha de samme fritidsaktivitetene, beholde vennene sine og så videre.



TRAUMATISK STRESS: Det at foreldre dør, søsken og venner flytter eller blir syke, er en naturlig del av livet som normalt intelligente personer kommer seg gjennom. Men for personer med utviklingshemninger, kan slike hendelser oppleves som svært skremmende og forårsake traumatisk stress. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

imidlertid viktige. Personer med utviklingshemning har, i likhet med barn, en større tilbøyelighet til å agere ut enn å snakke om opplevelsene når de har blitt utsatt for særlig truende situasjoner. Personer med utviklingshemning som utagerer alvorlig gjentatte ganger uten forståelig årsak, bør vurderes for mulig traumatisk stress (Eknes og Bakken, 2009).

Et pasienteksempel

«Elise» er en kvinne i slutten av tjuårene med moderat utviklingshemning. Hun vokste opp med mor og to søsken. Symptomer på psykisk lidelse viste seg i slutten av tenårene og hun ble innlagt i psykiatrisk døgnavdeling (Bakken mfl., 2014b). Det ble flere innleggelses akutt på grunn av aggresjon. Elises symptomer omfattet lavt stemningsleie, hyppige angstanfall, gjenopplevelser – spesielt knyttet til det å være i store rom med låste dører. Angst viste seg som generell uro, svette, høy puls, hyperventilering og roping. Under de mange innleggelsene i akut-tavdeling klarte ikke Elise å dusje, skifte klær eller holde orden på de få sakene hun hadde med. Hun ba ikke om mat og spiste lite av det hun ble tilbudt.

Hun ble innlagt i en regional spesialavdeling for psykiatri og utviklingshemning da hun var i midten av tjuårene, og først da ble Elises sympto-

mer knyttet til PTSD. Fordi hun hadde utviklet et omfattende funksjonsfall og trakk seg tilbake fra venner og familie, ble det antatt at hun led av en psykotisk depresjon. Usammenhengende fortellinger om mørke rom og «farlige menn» ble tolket som vrangforestillinger.

Elise var innlagt i den psykiatriske spesialavdelingen over lengre tid. Etter flere måneder klarte hun å fortelle om gjentatte seksuelle overgrep som hadde skjedd steder som kunne minne om sykehusavdelinger – store rom hvor det var høyt under taket, dus belysning og liten mulighet til å komme ut. Det ble konkludert med at Elise hadde utviklet PTSD.

Behandling ble iverksatt. Hun fikk antidepressiver. Eksponeringsterapi ble vurdert som kontraindisert fordi Elise i perioder var lite kontaktbar og ute av stand til å samhandle med de ansatte på sengeposten. Under innleggelsen ble det utarbeidet en plan for kommunal oppfølging etter utskrivning. Ansvar med medikamentell behandling og videre stabilisering av følelser og atferd ble overført til lokal psykiatritjeneste (DPS) ved utskrivning. DPS samarbeidet med et kommunalt team i cirka to år etter siste utskrivning fra psykisk helsevern.

Medikamenter og miljøbehandling ble initiert i døgnavdelingen og videreført etter utskrivning. De



ET PASIENTEKSEMPEL: «Elise» – en kvinne med moderat utviklingshemning, viste tegn på psykisk lidelse i slutten av tenårene. Symptomene hennes omfattet lavt stemningsleie, hyppige angstanfall, gjenopplevelser – spesielt knyttet til det å være i store rom med låste dører. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

miljøterapeutiske intervensjonene omfattet faktorer som til sammen hadde som mål å styrke pasientens selvregulering av emosjoner. Slike intervensjoner kalles ofte, med en samlebetegnelse, for stabilisering (Bakken mfl., 2014b).

Elise hadde 1:1-bemannning under innleggelse og etter utskrivning. Aktiviteter for å øke mestring omfattet tilberedning av enkle måltider, kjøpe mat og stelle i leiligheten. Elise hadde alltid vært glad i å gå i butikker; kjøpe inn mat og husholdningsartikler, noe hun hadde mestret godt – et styrkeområde (Bakken, 2015, kap. 11). Elise hadde likt seg godt på store

kjøpesentre i ungdommen. Fordi behandlingstemet fryktet at slike store bygninger kunne utløse gjenopplevelser – såkalte «flash back», ble kjøpesentre unngått i en lengre periode. Det viste seg imidlertid at Elise mestret slike arenaer helt utmerket etter en forsiktig utprøving.

Miljøbehandlingen omfattet også støtte til å ta vare på hygien, og en diett med sikte på vektøkning. Et siste, men viktig, område var beskyttelse mot triggere som potensielt kunne utløse gjenopplevelser. Spesielt store, og litt mørke, bygninger hvor det er høyt under taket, som for eksempel idretts-

haller ble unngått. Slike steder minner om steder Elise var blitt misbrukt.

Det gikk framover med Elise, men svært sakte. Først to år etter utskrivning fra den psykiatriske spesialavdelingen var hun i stand til å ivareta for eksempel hygienen, et område hun mestret godt før hun ble utsatt for overgrep. Hun hadde gått opp i vekt fra en KMI på omtrent 16 til en KMI på omtrent 20.

Behandling

Kunnskap om behandlingsmetoder overfor personer med utviklingshemning og PTSD er sparsomt (Mevisen og de Jong, 2010). Artikler som omhandler behandling, tar utgangspunkt i metoder brukt i normalbefolkningen. Det finnes foreløpig kun casestudier som rapporterer om vellykket behandling (Lemmon og Mizes, 2002; Mitchell mfl., 2005; Peckham, Howlett og Corbett, 2007; Fernando og Medlicott, 2009; Mevisen mfl., 2010). Disse omfatter kognitiv atferdsterapi, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), psykodynamisk terapi og medikamentell behandling. Det anbefales flerfaglige team (Mevisen mfl., 2010).

Uansett hvilken innfallsvinkel som velges, vil behandling av PTSD innebære to hovedelementer; stabilisering og bearbeiding. Bearbeiding kan gjøres på ulike vis. Det mest vanlige er gjennom psykodynamisk samtaleterapi eller kognitiv terapi, eller en kombinasjon av disse. Slik terapi krever et minimum av verbal kapasitet. Annen psykososial intervensjon vil omfatte gruppebehandling, og ikke minst miljøbehandling, som vil være basisbehandling for mennesker med mer alvorlig utviklingshemning. Dette krever at terapeuten evner å samhandle med klienten ved å tolke atferd inn i en meningsfull ramme.

For traumatiserte barn og unge anbefales fasebasert intervensjon (Blaustein mfl., 2003). Det er også for voksne personer i normalbefolkningen anbefalt stabiliseringsteknikker forut og/eller parallelt med bearbeiding. Pasienter i normalbefolkningen vil i de fleste tilfellene samarbeid med terapeuten for å finne ut når vedkommende er klar for å starte bearbeiding.

Personer med utviklingshemning, selv pasienter med lett grad, vil ha behov for en periode med trygging og stabilisering for å bedre emosjonsregulering og mestre hverdagen før eventuell bearbeiding iverksettes. En faseplan for behandlingen vil være aktuelt (Johansen, 2011).

Behandlingsforløpet for Elise ble knyttet til ulike faser i behandlingen. I første fase ble det ansett som viktigst med stabilisering, spesielt relatert til angretduserende tiltak. Elise måtte skjermes fra situasjoner eller steder man erfarte hun ikke taklet, som for eksempel byturer. I fase to startet en forsiktig og gradvis tilnærming til Elises tidligere dagsenter. Hun startet forsiktig to timer tre dager i uken sammen med en miljøterapeut som kjenner Elise godt.

Miljøbehandling

En vanlig grunn for innleggelse i psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemning og PTSD, er behov for stabilisering. Begrepet rommer å styrke pasientens egenomsorg relatert til primære behov, å styrke pasientens evne til å regulere aktivisering/emosjoner, samt å mestre oppgaveløsning i hverdagen (Steele, van der Hart og Nijenhuis, 2010). For

«Miljøbehandlingen omfattet også støtte til å ta vare på hygienen.»

personer med utviklingshemning vil stabilisering som overordnet prinsipp være aktuelt i hele behandlingsforløpet. For personer med mer alvorlig grad av utviklingshemning vil stabilisering være basisbehandling og som regel eneste behandling. Det er derfor påfallende at litteratur som omfatter dette temaet er nærmest ikke-eksisterende, også internasjonalt. Overfor mennesker med utviklingshemning vil behandlingen i langt større grad enn i den generelle befolkninga kreve at pasienten arbeider med oppgaver sammen med en (miljø)terapeut (Bakken mfl., 2014a, 2014b). Intervensjonene omfatter det å mestre dagliglivets aktiviteter.

Miljøbehandling til personer med utviklingshemning og PTSD vil i prinsippet inneholde de samme elementene uansett hvor klienten befinner seg. Verbale trusler og fysisk utagering mot ansatte og gjenstander vil forekomme, spesielt i forbindelse med angstreaksjoner. Undervisning til miljøterapeutene om traume, angst og depresjon vil i de fleste tilfellene være nødvendig. Veiledning relatert til systemer, relasjonsbygging, dagsplan og samhandlingsteknikker vil være gunstig. Etter alvorlige hendelser med utagering bør det så snart som mulig gjennomføres debriefing med voldsutsatte fagper-

soner. Dette bør ikke presenteres som et tilbud, men som et tiltak som skal gjennomføres.

I traumebehandling kan stabilisering innebære å hjelpe pasienten med å få økt kontroll over gjenopplevelser. Hos personer med utviklingshemning vil denne formen for stabilisering være aktuelt for personer med verbalt språk. Det kan være aktuelt at profesjonelle hjelpere gjør praktiske stabiliseringsøvelser sammen med pasienten når denne viser tegn på økt stress.

Generelt vil stabilisering innebære å skape trygghet og ro. Dette kan prinsipielt sett gjennomføres både i personens hjem eller ved psykiatrisk døgnbehandling. Det er avgjørende at terapeuten evner å tolke pasientens atferd, tåle og akseptere klientens emosjonelle overaktivering. Dette vil på sikt føre til bedre emosjonsregulering hos klienten (Steele, van der Hart og Nijenhuis, 2006). Det vil være flere metoder eller intervensjoner som kan bidra til stabilisering. For personer med lett eller moderat utviklingshemning vil samtaler eller øvelser i en strukturert ramme sammen med behandlere være aktuelt. Praktiske intervensjoner som er innøvd med behandler kan anvendes sammen med miljøterapeut når pasienten viser tegn på stress. Et eksempel på en slik strategi er å øve på å bruke kuledyne sammen med sin behandler. Når pasienten

«Å mestre dagliglivets aktiviteter er viktig for å stabilisere emosjoner og atferd.»

viser stress, som for eksempel sterk uro, svette, og karakteristiske utrop, henter miljøterapeuten kuledynen og sitter sammen med klienten til situasjonen roer seg. Enkelte stabiliseringsteknikker vil være de samme som bidrar til reduksjon av angst, som pustøvelser, gå en tur, ta et fotbad eller synge en kjent sang (Wigård og Albjerk, 2011). Hvis pasienten med PTSD faller inn i sine egne skremmende gjenopplevelser, vil han kunne ha nytte av at terapeuten holder igjen eller kaller tilbake i felles bevisst tilstand. Dette kan gjøres ved, for eksempel, å be pasienten se på et bilde på veggen til terapeuten, tramper i gulvet eller liknende.

Miljøbehandling og stabilisering

Bakken og kolleger fant seks sentrale faktorer knyttet til miljøbehandling av PTSD hos personer med

moderat og alvorlig utviklingshemning (Bakken mfl., 2014b); angstlindring, validering, behandling av depressive symptomer, mestring av dagliglivets aktiviteter, beskyttelse mot triggere og tilpasset kommunikasjon.

Angstlindring omfattet først observasjon av angsttegn hos pasientene. Tegn på angst hos mennesker med utviklingshemning kan være vanskelig å observere fordi tegnene kan overskygges av voldsomme angstreaksjoner, som aggresjon mot mennesker eller gjenstander (Helverschou og Martinsen, 2011). Bakken og medarbeidere fant at det var nødvendig med 1:1-bemannning i perioder med hyppige angstreaksjoner, først og fremst fordi pasientene tåler svært dårlig å være alene. Også groundingteknikker ble tatt i bruk. Den mest brukte teknikken var å trampe i gulvet. Det som skiller miljøbehandling til mennesker med utviklingshemning fra miljøbehandling til pasienter i den generelle befolkningen er først og fremst at denne gruppen pasienter i svært liten grad klarer å bruke intervensjonene på egen hånd, selv om de er trent inn over lang tid. Et eksempel er en ung mann med moderat utviklingshemning og PTSD som hadde massive angstanfall i en årrekke før PTSD ble avdekket. Han pleide å våkne om natten og løpe ut av bofellesskapet uten å gi beskjed. I nærheten var det en sterkt trafikkert vei. Det hadde vært mange «nestenulykker». Familien var engstelig. Mannen ble innlagt i en spesialisert psykiatriavdeling. Det var ønsket at han skulle gjennomgå et treningsprogram hvor det inngikk at han skulle lære å gjenkjenne tegn på angst. Etter et halvt år hadde han lært at når han fikk trang til å løpe ut om natten, skulle han i stedet kontakte en av de ansatte. Han klarte ikke å gjenkjenne symptomene når han ble virkelig redd.

Det finnes en rekke metoder for angstlindring hos mennesker med utviklingshemning (Bakken, 2015). Taktil stimulering og avspenningsøvelser fungerer som regel bra, men det er verdt å merke seg at også her er det nødvendig at terapeuten er sammen med pasienten. Musikk kan være bra for noen. Vektdyne («kuledyne») eller bruk av pledd virker bra for mange. Beregn god tid til innlæring, ofte flere måneder. Felles for metodene er at de må trenes inn på gode dager, slik at de ikke assosieres med angst og dermed gjør «behandlingen verre enn sykdommen».

For Elise var angstanfallene særlig hyppig forekommende mens hun var innlagt i døgnavdeling. Hun var svært redd for berøring og hun ønsket ikke

sang. Hun var tynn og utmattet, så fysisk aktivitet utover korte turer var heller ikke aktuelt. Løsningen ble en veldig stor dyne som hun kunne holde rundt seg mens hun satt i sengen. Denne intervensjonen ble trent inn sammen med hennes behandler, og senere brukt av en liten gruppe miljøterapeuter hun følte seg trygg på.

Validering (bekreftelse–gyldiggjøring) referer til prosesser i pasientens omgivelser som bekrefter personens individualitet gjennom behandlingen (Gunderson, 1983). Validering betyr å ha respekt og anerkjenne pasientens lidelse. En nøkkelfaktor innen validering er at miljøterapeutene forstår og knytter aggresjon og fatigue (kraftløshet) til den mentale lidelsen, og ikke til vond vilje eller latskap. Dette er spesielt viktig overfor pasienter med utviklingshemning og samtidig PTSD. Emosjonsreguleringen deres er vedvarende svekket, noe som vil kunne medføre frekvent utfordrende atferd i perioder hvor pasienten har høyt symptomtrykk. Slik væremåte kan bli tolket som «bare» atferdsvansker og ikke som et symptom på psykisk lidelse (Jopp og Keys, 2001).

Validering forutsetter at hver enkelt miljøterapeut søker å opptre empatisk og tolerant. For pasienter med PTSD og utviklingshemning er det særlig viktig at samhandlingen ikke blir preget av instruksjer og krav, men i større grad av hjelp når pasienten signaliserer uvilje mot en aktivitet eller oppgave (Bakken mfl., 2008). Bakken og kolleger (2014b) beskriver validering som den mest generelle intervensjonen knyttet til fem pasienter med PTSD og samtidig moderat eller alvorlig grad av utviklingshemning. Eksempler på validering kan være at små tegn på avvikende atferd overses, at pasienten blir trodd når historier om vold eller overgrep blir formidlet, at pasienten får ros, om enn forsiktig, i forbindelse med oppgaveløsning, å akseptere at pasienten har behov for «alenetid» og å akseptere følelser som skam hos pasienten (ibid.).

Miljøterapeutiske intervensjoner knyttet til depressive symptomer dreier seg først og fremst om å identifisere symptomene. Depresjon hos personer med moderat eller alvorlig utviklingshemning kan være vanskelig å oppdage (Bakken og Eknes, 2009). Konvensjonelle tegn på depresjon som for eksempel selvdevaluering, selvmordstanker eller alvorlig senket stemningsleie kan være vanskelig å få tak i hos mennesker som bare i liten grad er i stand til å fortelle om vanskene sine (Bakken, 2015, kap. 8). Uvanlige tegn på depresjon ses ofte hos mennesker med utviklingshemning. Det kan dreie seg om

sinne, utagerende atferd overfor personer eller gjenstander, eller høy motorisk aktivitet; såkalt «agitert depresjon». En viktig miljøterapeutisk oppgave vil derfor være å gjøre grundige observasjoner knyttet til tegn på lavt stemningsleie. Intervensjoner omfatter å senke krav til aktivitet eller oppgaveløsning, validerende samhandling, legge til rette for hvile og søvn, samt eventuelt administrere antidepressivene (Bakken mfl., 2014b).

Å mestre dagliglivets aktiviteter er viktig for å stabilisere emosjoner og atferd (Anstorp, Benum og Jakobsen, 2010). For enkelte pasienter med utviklingshemning kan det være en langvarig prosess å gjenerobre ferdigheter som tidligere var en selvfølge. Det er derfor hensiktsmessig å starte forsiktig. Forsiktig oppmuntring er et godt utgangspunkt. Det kan være nok å begynne med å stå opp om morgenen uten å komme i konflikt med de ansatte (Bakken mfl., 2014b). For hvert skritt videre på veien tilbake til tidligere funksjonsnivå, bør det å klare oppgaver eller være med på aktiviteter, balanseres opp mot pasientens behov for anerkjennelse og validerende samhandling (ibid.). For å mestre oppgaver vil det være nødvendig med oppgavestøtte eller i enkelte tilfeller oppgaveavlastning (å ta over oppgaven for pasienten). Oppgaveløsning kan tilrettelegges slik at pasienten først deltar så langt kreftene rekker, og siden svært forsiktig ta deltar mer og hyppigere. En slik tilbakeføring kan ta svært lang tid hos denne gruppen pasienter. Klinisk erfaring tilsier flere år, kanskje så mye som fem til sju år (ibid.).

Triggere som framkaller gjenopplevelser eller raserianfall kan være situasjoner, objekter eller bestemte sanseintrykk som lyd eller lukt. For Elise omfattet triggere å oppholde seg i store rom med liten eller ingen mulighet for å komme ut. For å identifisere triggere anbefales å lage en oversikt over situasjoner, objekter eller sanseintrykk som utløser angst eller raserianfall (Bakken mfl., 2014). For pasienter som har opplevd seksuelle overgrep, vil spesielt stellsituasjoner utført av ansatte som kan minne om tidligere overgreper være en trigger. For kvinner kan det å være sammen med mannlige miljøterapeuter fungere som trigger, spesielt med ukjente miljøterapeuter.

Tilpasset kommunikasjon er ikke en spesiell intervensjon, men er funnet å være en sentral faktor for lindring av symptomer på alvorlig psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning (Bakken mfl., 2008). For miljøterapeuter som samhandler med pasienter med PTSD og utviklingshemning

kan det være hensiktsmessig å samhandle lavaffektivt (samhandle med lav EE–expressed emotion). Lavaffektiv samhandling innebærer lavt nivå av fiendtlighet, kritikk og emosjonell overinvolvering (Smeby, 1998). Bakken og kolleger (2014b) fant at to av fem pasienter reagerte med angst i forbindelse med instruksgivning. Instruksjoner kan tenkes å oppleves som kritikk, selv om miljøterapeutens intensjon er å hjelpe pasienten med oppgaveløsning.

Også supplerende kommunikasjons hjelpemidler er nødvendig (Gjesti og Granum-Fjæran, 2009). Det finnes en lang rekke hjelpemidler som blant annet bilder av de ansatte, andre bilder, piktogrammer og tavler.

Oppsummering

Vellykket behandling er avhengig av at terapeuten(e) tåler pasientens psykiske smerte.

Både forskning og klinisk erfaring viser at terapeuter som over lengre tid har kontakt med traumatiserte pasienter kan oppleve utslitthet, dårlig selvfølelse, meningsløshet og oppgitthet. Terapeuten kan oppleve at det blir stilt krav som det ikke er mulig å innfri. Pasientens sterke opplevelser trigger avmakt og hjelpeløshet hos hjelperen når denne blir presentert for detaljerte beskrivelser om smerte eller er vitne til gjenopplevelser hos pasienten. Terapeuten kan oppleve stress, hodepine, sømnavanser og så videre; betegnelsen sekundær traumatisering brukes. Det er helt avgjørende at terapeuter som arbeider med slike krevende oppgaver får veiledning, enten gjennom gruppe eller individuelt. Å mestre hjelperrollen vil være avhengig av egenomsorg. Slik egenomsorg vil i tillegg til veiledning innebære samarbeid mellom flere fagpersoner i ekstra belastende tilfeller, opplæring, samt å rapportere til nærmeste leder – eller ta opp problemstillinger i medarbeidersamtaler.

Forskning på miljøterapeutiske intervensjoner overfor pasienter med utviklingshemning og PTSD er nærmest ikke-eksisterende. På bakgrunn av case-presentasjoner og klinisk erfaring er intervensjoner utviklet for pasienter i den generelle befolkning anbefalt. Intervensjonene må imidlertid tilpasses grad av utviklingshemning, og eventuelle samtidige tilstander som autisme eller ADHD. Dette gjelder ikke for pasienter med en mer alvorlig utviklingshemning. Her vil fokus være å beskytte pasienten mot triggere, fordi denne gruppen pasienter i liten grad vil kunne nyttiggjøre seg tradisjonelle behandlingsmetoder som eksponeringsterapi. ■

Referanser:

1. Anstorp, T., Benum, K. and Jakobsen, M. (2010). Dissosiasjon og relasjons-traumer. Integrering av det splittede jeg. (Dissociation and relational trauma. Integration of the divided self). Oslo: Universitetsforlaget.
2. Bakken, T.L. (2015). Utviklingshemning og hverdagsvaner. Faktorer som påvirker psykisk helse. Gyldendal Akademisk.
3. Bakken, T.L., Kildahl, A. N., Gjersoe, V., Matre, E. mfl. (2014 a). Identification of PTSD in Adults with Intellectual Disabilities in five Patients in a Specialised Psychiatric Inpatient Unit. *Advances in Mental Health in Intellectual Disabilities*. 8:2, 91–102.
4. Bakken, T.L., Matre, E., Gjersoe, V., mfl. (2014 b). PTSD in Adults with Intellectual Disabilities: Stabilisation during inpatient stay. *Advances in Mental Health in Intellectual Disabilities*. Online ahead of print.
5. Bakken, T. L., Helverschou, S. B., Eilertsen, D.E. mfl. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: A representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1669–1677.
6. Bakken, T.L., Eilertsen, D.E., Smeby, N.A. and Martinsen, H. (2008). Effective communication related to psychotic disorganised behaviour in adults with intellectual disability and autism. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies* 88 (28): 9–13.
7. Eknes, J. og Bakken, T.L. (2009). Diagnostisering av angst og belastningsrelaterte lidelser hos personer med utviklingshemning. I: Eknes, J., Bakken, T.L., Løkke, J.A. og Mæhle, I. (red.) *Utredning og diagnostisering, Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvanser*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. opplag.
8. Bakken, T.L. og Helverschou, S.B. (2009). Utredning av psykisk lidelse hos mennesker med autisme og utviklingshemning. I: Eknes, J., Bakken, T.L., Løkke, J.A. og Mæhle, I. (red.) *Utredning og diagnostisering, Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvanser*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. opplag.
9. Bakken, T.L., Friis, S., Lovoll, S., Smeby, N.A. og Martinsen, H. (2007). Behavioral Disorganisation as an Indicator of Psychosis in Adults with Intellectual Disability and Autism. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities* 10(2): 37–46.
10. Blaustein, M., Cook, A., Spinazzola, J. og van der Kolk, B. (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*
11. http://www.nctsnet.org/ncts_assets/pdfs/edu_materials/complexTrauma_all.pdf eller www.NCTSNet.org
12. Charlot, L., Abend, S., Ravin, P. mfl. (2011). Non-psychiatric health problems among inpatients with intellectual disabilities. *J Intell Dis Research*, 55:2, 199–209.
13. Cooper SA..., Smiley, E, Morrison, J. mfl. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry* 190: 27–35.
14. Einfeld, S.L. og Tonge, B.J. (2007). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disabilities: II Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research* 40(2): 99–109.
15. Emerson, E. og Hatton, C. (2007). Mental Health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal of Psychiatry* 191: 493–499.
16. Fernando, K. og Medicott, L. (2009). My shield will protect me against the ANTS: Treatment of PTSD in a client with an intellectual Disability. *J Intell Develop Dis*, 34:2, 187–192.
17. Fletcher, R., Loschen, E., Stavradi, C. og First, M (2007). *Diagnostic Manual–Intellectual Disability. A textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. New York: NADD, Kingston.
18. Gjesti, E. og Granum-Fjæran, T. (2009). *Sosiale historier og Visuelle forklaringer*. Oslo: SPISS forlag, 3. utgave.
19. Gunderson, J.G. (1978). Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*. Vol. 41, 327–335.
20. Gustafsson, C. og Sonnander, K. (2005) A psychometric evaluation of a Swedish version of the psychopathology inventory for mentally retarded adults (PIMRA). *Res Develop Disabil*, 26, 183–201.

21. Helverschou, S.B., Bakken, T.L. and Martinsen, H. (2011). Psychiatric disorders in people with Autism spectrum disorders: Phenomenology and recognition. S. 53–74. I: Matson, J.L. and Sturmey, P. (red.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Springer.
22. Helverschou, S.B. and Martinsen, H. (2011). Anxiety in people diagnosed with autism and intellectual disability: Recognition and phenomenology. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 377–387.
23. Johansen, P.A. (2011). Miljøbehandling ved traumatiske opplevelser. I: Bakken, T.L. (red.) *Samhandling med og uten ord – miljøbehandling for personer med utviklingshemning*. Stavanger: Hertervig forlag.
24. Jopp, A.D. og Keys, C.B. (2001). Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *A J Men Retard*, 106, 416–433.
25. Lainhart, J.E. (1999). Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *Inter Rev Psychiatry*, 1, 278–298.
26. Lemmon, V.A. og Mizes, J.S. (2002). Effectiveness of Exposure Therapy: A Case Study of Posttraumatic Stress Disorder and Mental Retardation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 317–323.
27. Mevissen, L. og de Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 308–316.
28. Mitchell, A., Clegg, J. og Furniss, F. (2005). Exploring the meaning of Trauma with Adults with Intellectual Disabilities. *J App Res Intell Dis*, 19, 131–142.
29. Mohiuddin, S., Bobak, A., Gih, D. og Ghaziuddin, M. (2011). Autism Spectrum Disorders: Comorbid Psychopathology and Treatment. S. 463–478., I: J.L. Matson og P. Sturmey (red.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Springer.
30. Myers, K. og Winters, N.C. (2002) Ten-year review of rating scales. II: Scales for internalising disorders. *J Am Acad Child Ad Psych*, 41, 634–659.
31. Peckham, N.G., Howlett, S. og Corbett, A. (2007). Evaluating a Survivors Group Pilot for Women with Significant Intellectual Disabilities who have been Sexually Abused. *J App Res Intell Dis*, 20, 308–322.
32. Razza, N.J. og Tomasulo, D.J. (2005). Healing trauma: the power of group treatment for people with intellectual disabilities. Washington: American Psychological Association.
33. Reiss, S., Levitan, G. and Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation:
34. Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency* 86: 567–574.
35. Sequeira, H. og Hollins, S. (2003). Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability. *B J Psych*, 182, 13–19.
36. Smeby, N.Aa. (1998). Relationship between Felt Expressed Emotion, Social Support and Burden in Families with a member with Schizophrenia. Doctoral Dissertation. University of California San Francisco and Ullevaal University Hospital, Oslo.
37. Steele, K., van der Hart, O. og Nijenhuis, E.R.S. (2010). Faseorientert behandling av kompleks traumatisering. I: Anstorp, T., Benum, K. og Jabobsen, M. (red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer*. Universitetsforlaget.
38. Taua, C., Hepworth, J. og Neville, C. (2012) Nurses' role in caring for people with a comorbidity of mental illness and intellectual disability: A literature review. *Int J Ment Health Nursing*, 21, 163–174. Tomasulo, D.J. og Razza, N.J. (2007). Posttraumatic Stress Disorder. I: Fletcher, R.
39. Loschen, E., Stavradi, C. og First. *Diagnostic Manual—Intellectual Disability. A textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. New York: NADD, Kingston.
40. Wigham, S., Hatton, C. og Taylor, J.L. (2011). The Lancaster and Northgate Trauma Scales (LANTS): The development and psychometric properties of a measure of trauma for people with mild to moderate intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2651–2659.
41. Wigård, E. og Albjerk, Å. K. (2011). Miljøbehandling ved angst. I: Bakken, T.L. (red.) *Samhandling med og uten ord—Miljøbehandling for personer med utviklingshemning*. Stavanger: Hertervig forlag.
42. World Health Organisation, WHO (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.

FORSIKTIG START For enkelte pasienter med utviklingshemning kan det være en langvarig prosess å gjenerobre ferdigheter som tidligere var en selvfølge. Forsiktig oppmuntring er et godt utgangspunkt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Mørketidskonferansen

i Tromsø 18.-19. november 2015

«Eldre – psykis helse og rus»

Kultur

Sykepleie

Demens

Eldreølge

Rus

Psykisk

Sykepleie

Livskvalitet

Fag

Pårørendearbeid

Forskning



NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykis helse og rus



Et kjærlig fagmenneske

Ro, grundighet og tillit til mennesket er stikkord for gjerningen til Else Margrethe Eide (70), som nå takker av som førstelektor ved Universitetet i Nordland.

Tekst Per Kristian Roghell, sykepleier og førstelektor

Else Margrethe Eide fylte 70 år 5. juni i år og pensjonerer seg i løpet av sommeren fra stillingen som førstelektor ved Universitetet i Nordland (UiN). Dette gir en god anledning til å hylle et fantastisk menneske og en innsiktsfull fagperson.

Eide gikk sin grunnutdanning i sykepleie ved Menighetssøsterhjemmets sykepleierskole i Oslo 1964–1967 og avla senere eksamen ved Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie i Bodø i 1971. Mye mer om utdanningen kunne vært nevnt, men her vil jeg først og fremst fremheve hennes innsats innenfor psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid.

Et viktig utdanningstilbud

Eide jobbet en tid som sykepleier ved daværende Rønvik Sykehus (nå Nordlandssykehuset, Psykisk helse- og rusklinikk i Rønvik) og begynte siden som lærer ved Nordland fylkes sykepleierskole i 1972. Her underviste og veiledet hun primært studenter i psykiatrisk sykepleie.

Senere underviste hun ved videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie, og hun var i en periode leder av samme utdanning. Etter at Høgskolen i Bodø ble etablert, fungerte hun i stillingen som dekan ved avdeling for helsefag i tre år.

Senere hadde hun en helt sentral betydning i utviklingen av fagplanen for videreutdanningen i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Bodø. Siden har hun undervist og ledet denne videreutdanningen med en solid, kjærlig og



TAKKER AV: Else Margrethe Eide har ledet videreutdanningen i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Nordland med en solid, kjærlig og trygg hånd. Foto: UiN.

trygg hånd, også etter at den ble et viktig utdanningstilbud ved Universitetet i Nordland.

Tillit til mennesket

Eide preges i sin væremåte og gjerning av ro, ettertenksomhet, grundighet og tillit til mennesket. Hun har en åpenhet som inneholder en grunnleggende tro på menneskets positive skaperkraft og på kroppens og naturens egen helbredende kraft – gitt omstendigheter der det er muligheter for relasjoner og åpne rom.

På denne bakgrunn er det selvsagt ikke tilfeldig at hun utviklet en sterk og dyp forståelse for den personlige (og faglige) veiledningens betydning i alle endringsprosesser. Enten dette gjaldt pasienter eller studenter.

Videreutdanningen ved Universitetet i Nordland bærer preg av hennes tenkning og holdning på dette området. Hun brakte inn i studiet samtalen og det gode blikkets betydning, inspirert av Tom Andersen, Jakku Seikkula og Kari Martinsen.

Et åpent akademisk miljø

Det har vært viktig for Eide å vende blikket utover og å hente erfaringer og innsikt fra ulike personer og fagmiljø, også internasjonalt. Hun har trukket brukere, pasienter, klienter og psykisk helsearbeidere inn i studiet, også i meget vellykkete årlige seminarer ved Universitetet i Nordland. Brukere av psykisk helsetilbud har fått uttrykke seg i et trygt og åpent akademisk miljø.

Eide har dessuten sett betydningen av å utvikle kontakten med Senter for praktisk kunnskap ved Universitetet i Nordland. Dette har i særlig grad skjedd gjennom samarbeidet hun og UiNs videreutdanning i psykisk helsearbeid har hatt med professor Anders Lindseth. De har sammen lagt grunnlaget for videreutviklingen av både faglig samarbeid og forskning, og kanskje det etter hvert er muligheter for å gjøre dette innenfor mer formelle rammer.

Else Margrethe Eide slutter nå i sin jobb. Det hun har bidratt med vil merkes, være virksomt og bli sterkere i årene som kommer, og vi vil se mer til hennes aktive innsikt i årene fremover.

Hennes kjærlighet til mennesket tillater henne ikke å stoppe opp i den gode gjerning når hun nå er blitt pensjonist. ■

Vi må se mennesket bak rusen

I mitt hode kan absolutt alle bli rusfrie, men alle blir ikke rusfrie. Ingen kan fortelle noen om hvem som blir rusfri eller ei. Jeg mener at alle kan være en ressurs for andre om man legger til rette for det.

Tekst **Jon Storaas**, daglig leder, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)

Rusavhengige omtales ofte som annerledes personer. De føler seg annerledes og man opprettholder annerledesheten ved å behandle dem som annerledes. Rusavhengige er ofte ekstreme varianter av helt vanlig folk og mer ressurssterke enn folk flest.

Vi kan snu det hele på hodet og si at vanlige folk ikke er ressurssterke nok til å leve et liv som rusavhengige eller virkelighetsfluktsavhengige, som er en bedre og mer dekkende begrep. Man bruker et middel (rusmiddel) for å fjerne seg fra en virkelighet man ikke klarer å forholde seg til. Avhengigheten til rusmiddelet

der alle, bortsett fra én person, har en bakgrunn som rusavhengig/virkelighetsfluktavhengig. Vi legger til rette for utdanning og utvikling. Ikke bare for oss selv, men for hele rusfeltet. Vi ønsker recoverybølgen velkommen. Den handler om mestring og endring, ikke bare for pasienten/brukeren men for hele feltet. I RIO organiserer vi den kunnskapen vi har fått gjennom tusenvis av møter med hjelpeapparatet gjennom mange år. Vi har kommet ut av virkelighetsfluktavhengigheten på like mange forskjellige måter som vi er folk i RIO, men noen fellesfaktorer er det. Én vik-

leve alene i denne verden – blir vi syke alle mann. Alene er vi helt hjelpeløse. Vi er avhengig av andre for å kunne ta medansvar for eget liv. Problemet er at angsten stopper mange på vei inn i aktivitet sammen med såkalte normale mennesker. Man har ofte et stort hull i CV'en sin og er redd for spørsmål som «hva driver du med?» og «hva slags utdanning har du?».

Angripe angsten

En fellesnevner for alle rusavhengige, uten unntak, er et dårlig selvbilde og mye angst. Og ulike typer angster. Angsten går det an å gjøre noe med. Det handler om å angripe angsten framfor å rømme fra den. For å alminneliggjøre dette, så er det viktige å løfte angsten som noe positivt for de fleste. De fleste er avhengig av angst for å prestere. Noen ganger kan angsten være så voldsom at det virker motsatt vei og man velger/handler urasjonelt ved å ruse seg. Man flykter bevisst og eller ubevisst.

Hovedfaktoren til suksess for alle disse flotte, og i utgangspunktet ressurssterke, menneskene vi snakker om her er aktivitet og det å bli satt krav til. Jeg har selv vært der og reist meg. Vi i RIO vet at det går an å jobbe med



«Rusavhengige er ofte ekstreme varianter av helt vanlig folk.» *Jon Storaas*

eller rusmidlene er en veldig begrenset del av en sammensatt problematikk. Det er ikke vanskelig å slutte med rusmidler, men det er veldig vanskelig å ikke begynne igjen.

Mestring og endring

I RIO er vi i dag 17 ansatte og cirka 100 frivillige. Vi er en mellomstor bedrift

og en viktig faktor her, handler om aktivitet og arbeidsrettede tiltak.

I min verden er aktivitet nøkkelen til suksess for alle mennesker, uansett ståsted. Dette gjelder også virkelighetsfluktavhengige. Å føle tilhørighet gjennom å være en del av et eller flere fellesskap, gjør at vi holder oss friske. Uten disse nettverkene – eller ved å

angsten, for så å oppnå en helt normal angst som gjør at vi utvikler oss på lik linje med andre mennesker.

Mennesket bak rusen

Det handler om å stille krav. Hvis du ikke stiller krav til et menneske så respekterer du ikke vedkommende. Du blir en stakkarsliggjører som ikke har troen på de menneskene du jobber med. Da bør du holde deg langt unna rusfeltet. Du skal se mennesket bak rusmisbrukerfasaden og ha fokus på helt vanlige menneskelige behov. Ikke gjøre enkle ting vanskelig for å beholde maktposisjonen og avstand til de du jobber med. Altfor mange fagfolk gjør dette. Uansett hvor syk man er, vil aktivitet være med å gjøre folk friskere. Aktivitet er det som holder folk flest friske, og da sier resten seg selv.

Selv begynte jeg på skole som aktiv virkelighetsfluktavhengig. Jeg fortsatte å utdanne meg i behandling. Videre etablerte jeg gode relasjoner til mine tre barn, som jeg ikke hadde sett på mange år. Jeg overtok den daglige omsorgen for dem kort tid etter behandling. Jeg fikk et nettverk gjennom RIO. Første møte med to stykker i RIO gikk ut på at det skulle arrangeres et seminar. Rusmiddeletaten hadde bevilget 30 000 kroner til seminaret. Disse to gutta fra RIO møtte meg med tillit fra første dag, og de stilte krav til meg. Jeg skulle ordne det meste rundt dette seminaret. De var begge tidligere såkalte rusavhengige og forsto hvordan man skulle møte meg. Jeg fikk et kjempeløft gjennom den tilliten de ga meg. Seminaret ble en suksess. Barnevernet møtte meg med tillit. Så å si alle rundt meg gjorde det. Dette førte til at jeg kunne gjøre den jobben som måtte gjøres for å komme tilbake å leve et vanlig liv, på godt og vondt.

Kontakt inn i aktivitet

Virkelighetsfluktavhengige trenger fagfolk og andre som forstår at deres største oppgave er å motivere. De er i



MARITIME OMGIVELSER: RIO ReStart eies av RIO og drives i samarbeid med Bragdøya Kystlag, i Kristiansandfjorden. Her får rusavhengige, som har gjennomført behandling eller soning og er rusfri, oppfølging. Deltakerne får blant annet arbeidstrening, aktiviteter, sosialt samvær, båtterapi og gruppeundervisning. Foto: Privat.

en situasjon der de er lite motiverte. Det er ikke sjelden man hører om den motiverte eller ikke motiverte personen som misbruker rusmidler for å flykte. Jeg snur også dette på hodet og snakker om de motiverte eller ikke motiverte fagpersonene.

Vår kompetanse i RIO forteller oss at en time hos psykolog, klinisk sosionom eller en psykiater en gang i uka ikke holder mål. Du må i det minste ha noe å snakke med disse terapeutene om. Det viktigste for meg, uten unntak, er de utfordringene som ligger i det å ta steget inn i aktivitet. Om du bare skal snakke om den elendigheten du er oppe i, blir du faktisk bare dårligere av å gå i terapi en gang i uka.

Virkelighetsfluktavhengige trenger støttekontakt inn i aktivitet. For å alminneliggjøre dette vil jeg hevde at vi alle trenger støttekontakter. De aller fleste av oss har mange støttekontakter som ektefeller, kjærester, barn og venner som vi er helt avhengig av som støttespillere. Virkelighetsfluktavhengige trekker seg ofte unna, da de ikke føler seg vel sammen med såkalte normale støttespillere.

Satse på fellesskapet

RIO håper i fremtiden på bredere forståelse fra medisinsk hold. Vi blir veldig bekymret når en sentral person i utviklingen av den nye rusmedisinspesialistutdanningen, Guri Spillhaug, sier at kollektivene ikke bør være en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling/TSB. Er det noen som har forstått hva dette handler om, så er det kollektivene og de terapeutiske samfunnene. Vi bør satse på fellesskapet som modell, med et forvern der de det gjelder kan forberede seg for behandling, og tilrettelegging for et integrert ettervern i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunene. Fritt behandlingsvalg på sikt vil skape en mer riktig kapasitet i forhold til behov. Det er ingen grunn til å tro at private kommersielle vil være en trussel mot de private ideelle. At noen i fremtiden må legge ned og noen må bygge opp sier seg selv. Fritt behandlingsvalg handler om å flytte makten fra uvitende byråkrater til kompetente brukere. Det er vi som skal fortelle hva vi opplever som god behandling. ■

Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Sykepleiere utgjør en nøkkelfaktor i arbeidet med å sikre forsvarlige kommunale helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse og rus, men det finnes også muligheter for forbedring. Tekst Svein Roald Schømer-Olsen, rådgiver, NSF

Innledning

I denne artikkelen presenteres en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Sykepleierne har vært og er en nøkkelfaktor for å sikre forsvarlige helsetjenester i overgangen fra institusjonsomsorg til kommunale helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse og rus.

Rapporten «Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid» er utarbeidet ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold, Senter for psykisk helse og rus (SFPR). Den viser at sykepleiere og spesialsykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har høy kompetanse med relevant videreutdanning, lang klinisk erfaring med pasientgruppene, og i de kommunale tjenestene. Rapporten viser at sykepleiere arbeider i takt med nasjonale føringer om økt mestring og selvstendighet for hjemmeboende pasienter og brukere som sliter med psykiske helsesvikt og rus. Studien konkluderer med at sykepleiernes kliniske og terapeutiske arbeidsmetoder støtter opp om pasienter og brukere i eget hverdagsliv.

Hensikten med studien var å under-

søke sykepleiernes rolle og funksjon med tanke på sykepleiefaglig tjenesteutvikling, og hvordan sykepleiere arbeider i et tverrfaglig arbeidsfelt. Studien er av utforskende og beskrivende karakter. Studien består av en kvalitativ og en kvantitativ del. Det er gjennomført fokusgruppeintervjuer av 56 sykepleiere i 12 kommuner, og 1240 sykepleiere har svart på spørreskjema. Det er gjort en kvalitativ innholdsanalyse og gjennomført en statistisk analyse.

Funn

Psykisk helse, rusbruk og fysisk helse sees i sammenheng

Felles og uavhengig av tjenestested, arbeider alle deltakerne i studiet både med psykisk helse og rus. Flere respondenter i den kvalitative delen av studien tilskriver dette tjenesteutviklingen de siste 20 årene. Mange hjemmeboende sliter både med psykisk helse, rus og/eller fysisk sykdom som både styrker og utfordrer sykepleiernes helsefaglige kompetanse. Sykepleierne i studien fremholder at deres viktigste funksjon er å støtte opp om mestring av helse og hverdagsliv gjennom observasjon, vurdering og iverksetting av nødvendige tiltak. Det

kan være i møte med unge mennesker med selvmordsproblematikk, rus og medikamentbruk, eller i møte med en økende gruppe eldre med psykisk helsesvikt, rus og med til dels store fysiske helseutfordringer.

Høy kompetanse og lang erfaring

Hele 85 prosent av sykepleierne i studien har mer enn fem års erfaring fra generell sykepleie. De arbeider innen hjemmesykepleien, skolehelsetjenesten, forebyggende helsearbeid og i bolig for personer med rus- og psykisk helsevan-sker. Rapporten viser at nesten tre av fire sykepleierne har en videreutdanning, i hovedsak innen psykiatrisk sykepleie, psykisk helsearbeid og som helsesøster. Studien viser gjennomgående at de med utdanning utover bachelorutdanning i høy grad bruker sin tid direkte i klinisk arbeid.

Terapeutiske arbeidsmåter

Sykepleierne arbeider i hovedsak med klinisk arbeid, forstått som støttesamtaler og ulike terapeutiske arbeidsformer. Jo høyere utdanning de har, jo tettere er de på pasienten. Studien viser at sykepleierne er fleksible, pragmatiske og arbeider på brukernes pre-



GODT KVALIFISERT: Mange sykepleiere og spesialisykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har høy kompetanse med relevant videreutdanning og lang klinisk erfaring. Illustrasjonsfoto: Norsk Sykepleierforbund/Espen Røst.

misser. De møter pasienter ukentlig, ofte to–tre ganger per uke. 95 prosent møter pasient og bruker individuelt. Par- og familiearbeid benyttes i svært liten grad.

Sykepleierne møter i høy grad pasienter og brukere i eget nærmiljø. De bygger relasjoner, motiverer og ivaretar en bred helsefaglig vurdering. 60 prosent oppgir at en del av deres arbeidsoppgaver er medikamentell vurdering og oppfølging innenfor tjenesteområdet generelle helsetjenester. Sykepleierne i studien benytter seg i noe grad av kriseintervensjon. I liten grad benytter sykepleierne seg av familie- og nettverksterapi og psykoterapi.

Sykepleiere med utdanning utover

bachelorutdanning, bruker mest tid på terapeutiske arbeidsformer som krever utvidet kompetanse. Dette kan

«Jo høyere utdanning de har, jo tettere er de på pasienten.»

forklares med en sterk sammenheng mellom utdanningsnivå og typer av tjenesteområder. Blant annet er sykepleiere med masterutdanning tettere på under kriseintervensjoner, psykoterapi, veiledning og konsultasjoner. Helseøstre arbeider i noe større grad med konsultasjon, veiledning og undervisning enn i tjenesteområdene generelle

helsetjenester og psykisk helse og/eller rustjenester. Helseøstre opplever oftere enkeltstående episoder av psy-

kiske helsevansker og andre typer av problemer enn av de to andre tjenesteområdene. Hele 81 prosent oppgir å arbeide med enkeltstående episoder av helsevansker eller kriser.

Involvering, samarbeid og koordinering

Studien viser at sykepleierne i større

grad bør involvere pasienter og brukerne i planlegging og systematisk evaluering av mål for behandling og oppfølging. Bare i underkant av halvparten utvikler individuelle planer og gjennomfører evaluering i sammen med pasient eller bruker.

Sykepleiere arbeider i faglige team. De arbeidet mest med vernepleiere, helsefagarbeidere, sosionomer og ergoterapeuter. I liten grad er det ansatt lege og psykolog i tjenestene. En stor del av sykepleiernes arbeidshverdag går ut på å bistå pasienter og brukere med å koordinere og sørge for samhandling mellom ulike tjenester. Det kan være fastlege, NAV, sosialfag og somatisk sykehus.

Etiske overveielser og sykepleiefaglig praksis

Sykepleierne oppgir at de i høy grad makter å integrere etiske overveielser i klinisk arbeid. Det som kommer først, kommer først. Videre oppgir de å ha høy grad av personorientert praksis i form av inkludering av sterke sider hos pasient/bruker og inkludering av konkrete mål som fremmes av den det gjelder.

Datainnsamling og kartlegging inngår for å vurdere behovet for hjelp, herunder risikoforhold, som svært sentralt innen klinisk syke-

det gjelder. De skårer lavere på å knytte pasienter og brukere til selvhjelps- og likemannsarbeid, og til tjenesteutvikling.

Stort administrativt og faglig ansvar, økt press

Sykepleierne viser til et stort faglig og administrativt ansvar på individ- og systemnivå. De beskriver seg som tett på, med nært kjennskap til pasient og bruker, og ser på seg selv som bindeleddet mellom de forskjellige tjenestene. Samtidig opplever de en hurtig endringstakt på system- og organisasjonsnivå. De beskriver økt press på tid, økonomi og systemeffektivitet.

Sykepleierne opplever at de bruker mye av sin arbeidstid på å formidle og ta kontakt med ulike tjenester på vegne av pasienter og brukere. Det kan være spesialisthelsetjenester, fastlege, samhandling med NAV.

Sykepleierne i kommunene opplever at man stadig må spare penger ved DPS, samtidig med krav om økt tempo, utvidede rapporteringskrav og høyere produksjon. Flere av sykepleierne uttrykker at de føler seg konstant testet. Alt de gjør skal måles og veies. De viser til økt krav om dokumentasjon som ofte kan virke som en selvoppfyllende juridisk hensikt, og i mindre grad faglig dokumentert. Ting

strekker til, søkes andres kompetanse. Flere fremholder at det er krevende å holde høy faglig standard i tider med økt tidspress, økt standardisering og økt krav til dokumentasjon.

Den grunnleggende sykepleiefaglige kunnskapen ervervet i grunnutdanningen blir fremholdt som fagspesifikk og bestående av to elementer: Å se det fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle som en helhet, hvor sykdom/lidelse viser seg på alle områdene. Det andre knytter det sykepleiefaglige med den somatiske kompetansen.

Oppsummering

De siste 20 års politiske føringer for feltet psykisk helse og rus bidrar til å endre rammene, innholdet og arbeidsmåtene. Det har vært opptrappingsplan for psykisk helse, rusreformer, NAV-reform, Samhandlingsreform og nå senest en faglig veileder for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid «Sammen om mestring» som kom i 2014. Det skulle legges særlig vekt på at tjenestene skal ha et bruker- og mestringsperspektiv, være helhetlige og koordinerte og at psykisk helse og rus skulle sees i sammenheng.

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen gir pasienter, brukere, pårørende og ansatte nye utfordringer og erfaringer. Det samarbeides med pasienter og brukerne der hverdagslivet leves. Man møtes hjemme, på kafé, på gata, på kontor eller i en park. Det krever andre og nye måter å møte og tilnærme seg pasienter og brukere på, etisk, faglig og menneskelig. Innenfor rammen av bred helsefaglig kompetanse arbeider sykepleierne med håp, muligheter og motivasjon i hverdagslivene til folk.

Rapporten slår fast, til tross for forbedringsmuligheter, at sykepleierne har vært og er en nøkkelfaktor for å sikre forsvarlige helsetjenester i overgangen fra institusjonsomsorg til kommunale helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse og rus. ■

«Det samarbeides med pasienter og brukere der hverdagslivet leves.»

pleiefaglig arbeid. Sykepleierne i studien oppgir i høy grad å tilegne seg kunnskap og kompetanse om oppdatert sykepleiepraksis. Videre oppgir de i høy grad å vektlegge et inkluderende samarbeid med faglige kollegaer, pasienter/brukere, familie- og nettverksmedlemmer.

Studiene viser at sykepleierne arbeider godt, men i varierende grad i et recoveryperspektiv. De skårer blant annet høyt på å ta imot og lytte til den

skal gjøres raskere og hver enkelt pasient eller bruker får mindre tid med fagperson.

Sykepleiernes fagspesifikke bidrag

Sykepleierne opplever høy grad av selvstendighet i arbeidet, samtidig som de er opptatt av hva de kan bidra med i et flere- og tverrfaglig arbeide. Det uttrykkes et avklart forhold til hva de kan og ikke kan. Når egen faglighet ikke

Gi pasienten eierskap til egen bedring

Sykepleiere er for raske til å gi råd. Vi bør heller se vår rolle som lyttende veiledere. Ved å invitere til dialog, hjelper vi pasientene med å få eierskap til valgene som påvirker helsen. Da gjør vi gode investeringer.

Tekst **Tor Christian Bjelland**, psykiatrisk sykepleier, Stavanger DPS



Som sykepleiere møter vi praksisfeltet med kunnskap vi er svært lystne på å dele. Tre års utdanning med kunnskapsbasert praksis setter oss i en posisjon der vi har gode råd å komme med. I min yrkesutøvelse i psykisk helsearbeid har jeg kjent på trang til å gi effektiv hjelp, og behov for raskt å komme med råd. I ettertid har jeg erkjent at jeg har gitt råd før de har blitt etterspurt, og før det har vært nødvendig. Det er ikke effektivt. Jeg har opplevd at pasientene nærmest alltid har de beste rådene selv, når de gis tid og mulighet til å oppdage disse.

Innlede med dialog

I jobben min i et ambulant akutt team tar jeg ofte imot telefoner fra mennesker som er i en krise. En samtale var med en dame som lenge hadde slitt med panikkangst. Jeg hørte at hun var oppkavet, og foreslo med en gang at hun skulle fokusere på pusten. Jeg opplevde at hun ble frustrert over å få et råd hun hadde fått mange ganger før, uten at hun selv fikk satt ord på hva hun trengte. «Har du noen erfaring med hva som hjelper når du har angst?», ville ha innledet en dialog om hva som kunne ha hjulpet henne.

Hvorfor lytte og veilede om vi vet hva som skal til? Med å veilede mener jeg at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens historie og situasjon, og starter en dialog om behovet for hjelp etter å ha

«Tiden det tar å bygge tillit er verdt det.»

hørt historien. Vi må ha tro på at pasienten selv har de beste forutsetningene for å finne den veien som er riktig for ham eller henne. Å lytte og veilede kan synes som en omvei hvis vi allerede mener å kunne se de gode løsningene på pasientens problemer. Men om vi ikke ser eller hører hvor pasienten er, kan vi heller ikke vite om våre løsninger er passende.

Tid og Tillit

Å veilede kan i all enkelhet bestå i å lytte, og gi rom for at pasienten tenke nye tanker om sin situasjon. Å investere tid i en slik dialog, setter oss i en bedre situasjon til å se hva som er viktig for pasienten. Slik blir det tydelig om pasienten trenger våre råd, eller ikke. Tiden det tar å

bygge tillit er verdt det. Tilliten er helt avgjørende for hvordan rådene våre blir mottatt av pasienten.

Som sykepleier er jeg opptatt av resultater. Jeg mener at jeg ved å veilede kan hjelpe pasienten til å tenke nytt om egen situasjon, og se nye veier mot bedring. Når hjelperen tar seg tid til å lytte før man veileder, får pasientene eierskap til egne valg. Dermed får pasienten støtte i å ta selvstendige avgjørelser. Denne tilnærmingen fungerer etter min mening godt, enten det er snakk om mennesker som sliter psykisk, eller om det er en kolspasient som skal ta valg rundt egen livsstil.

Ingen regel uten unntak

Som ansvarlige sykepleiere driver vi kunnskapsbasert praksis. Vi mener ofte vi vet hva som kan hjelpe. I noen tilfeller må vi avvike fra den gode regelen om å lytte så mye, og heller være tidlig ute med råd. Eksempler er i den akutte delen av sykdomsforløpet, eller for å avverge skade. Det er heller ikke alltid pasientene er klare, eller villige, til å gå i en dialog med oss. Jeg mener likevel at den beste hjelpen sjelden kommer som tidlige råd. Den kommer oftere i samtaler der pasienten selv kan oppdage hva som hjelper. ■

Å møte den andre

Når man møter andre som fagperson, bærer møtet i seg en rekke forventninger og reaksjoner hos begge parter. Bevissthet rundt dette kan være til uvurderlig nytte – både for pasient, pårørende, pleier og kollegaer.

Av **Siw Elisabeth Helden**,
klinisk spesialist i psykiatrisk
sykepleie

Denne artikkelen er et forsøk på å beskrive hva som skjer når jeg som sykepleier og fagperson møter et annet menneske.

Grunnlaget er min egen, subjektive og erfaringsbaserte kunnskap, og jeg tar utgangspunkt i meg selv og mine indre dialoger i forkant av og under slike møter.

Fire forhold

Jeg vil skrive om fire betydningsfulle forhold i møtet:

1. Forventninger
2. Kroppen
3. Indre dialoger
4. Om å stemme seg inn i forhold til den andre.

Forskjellige roller

Min yrkesutøvelse består av møter med mennesker hvor jeg har forskjellige roller. Blant annet møter jeg brukere, pårørende, miljøpersonell som jeg har veilederansvar ovenfor, og kollegaer, som er mine drøftingspartnere.

I møtet med et annet menneske kan en ha de beste intensjoner og intellektuelt vite hva som er rett å gjøre. I situasjonen kan det derimot vise seg at konteksten har endret seg, slik at mine gode tanker og intensjoner ikke passer inn.

Ethvert møte med et annet menneske påvirker meg, og i denne teksten forsøker jeg å beskrive hva det innebærer å bli påvirket, hva gjør det med meg og hva påvirkningen setter i gang.

Sykepleie som håndverk

Møte med den andre påvirker kroppen gjennom sanser, tanker og fører videre til handlinger. Da settes min faglighet på prøve. Jeg må virkelig bruke det håndverket som sykepleie er.

Det er et skille mellom møter i private relasjoner og møtene beskrevet ovenfor. I de sistnevnte

møtene har jeg en rolle som fagperson. Da forventes det, og jeg er pliktig til, å gjøre bruk av min fagkunnskap.

Møte med den Annen

Den franske filosofen Emmanuel Levinas beskriver i boken «Den annens humanisme» møtet med «den Annen».

Han skriver at ethvert møte med den Annen medfører en oppfordring til å ta ansvar og til å svare. Denne fordringen ligger i den Annens ansikt, og vil appellere til meg om å komme den Annen i møte, og slik ta ansvar.

Han skriver at for å kunne bære dette ansvaret kreves det en bevissthet og refleksjon med hensyn til hva en leser i den Annens ansikt.

Likeledes skriver han at i møtet med den Annen blir jeg satt på prøve. Dette medfører endring av mine tanker (Levinas, 1972).

Forståelse påvirker

Den franske filosofen Jean-Paul Sartre beskriver hvordan min forforståelse påvirker meg i møtet med den andre.

Han skriver hvordan min forforståelse påvirker det mennesket jeg møter ved at jeg reflekterer og agerer ut ifra hvilke blikk jeg ser den andre igjennom. Sartre hevder jeg tar ifra den andre friheten til å være seg selv, ved at jeg møter vedkommende ut ifra mitt blikk (Sartre, 1995).

Den danske teologen Knud Eilert Løgstrup skriver at gjennom våre holdninger til hverandre påvirker vi den andres verden – vi gir den andres verden form, farge og romslighet.

Gjennom mine holdninger kan jeg gjøre den andres verden romslig eller trang, mangfoldig eller kjedelig, lys eller mørk, trygg eller utrygg (Løgstrup, 1956; 1999).



FØRSTEINNTRYKKET: Det første blikket og håndtrykket kan prege hele møtet og den andres innstilling til deg. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Forventninger til møtet

Hvordan påvirker det den jeg møter og meg selv, at jeg har en rolle som fagperson? Hvilke forventninger har den som møter meg, og hvilke forventninger har jeg til meg selv?

Ofte opplever man at den man skal møte har en formening om at man kommer som en ekspert. Dette kan medføre forskjellige reaksjoner; alt ifra interesse, underdanighet, opposisjon, avvisning, avventethet.

Hos meg som fagperson kan det medføre at jeg føler et forventningspress, og fremstår som bedrevitende, usikker og lett kan gå i forsvar.

Den problematiske ekspertrollen

I møter opplever jeg ofte at jeg ikke har den helhetlige kunnskapen og oversikten til å kunne innta ekspertrollen som forventes. Som oftest innehar jeg kun bare delkunnskap som begrenser min bruk av min fagkunnskap. Resten innehar den jeg møter.

Jeg er avhengig av den andres kunnskap for å kunne gjøre nytte av min egen fagkunnskap. En slik tanke hjelper meg til å lene meg mer tilbake i møtet med den andre, og å innta en interessert, vitebegjærlig og åpen holdning i møtet.

En slik holdning vil i seg selv gjøre en forskjell ved at den jeg møter må reflektere over mine spørsmål. Jeg får ny kunnskap igjennom informasjonen fra den andre i møtet. Det oppstår det som Tom Andersen beskriver som reflekterende prosesser som

skaper en forskjell som gjør en forskjell (Andersen, 1994).

Avklaring av forventninger

For å rydde i forventningene, kan det være lurt å avklare disse i starten av møtet.

Det kan gjøres ved å presentere ens egne intensjoner, og hva en kan bidra med, samt gi den andre rom til det samme.

«Ethvert møte med et annet menneske påvirker meg.»

Dette krever av meg at jeg i forkant av møtet gjør meg noen tanker om hvem jeg skal møte, hvilke forventninger jeg har til møtet og hvordan jeg vil presentere meg selv og mine tanker rundt møtet.

Kroppens tilstedeværelse

Kroppen min er meg, og der er all min forkunnskap samlet. Min forkunnskap består av min praksiskunnskap, erfaringskunnskap og teoretiske kunnskap. Der sitter også hverdagen min, dagens sinnsstemning og de opplevelsene jeg har privat og med mine kollegaer.

Når jeg går inn i møte med den andre, bærer jeg med meg alt dette. Det er dette den andre møter.

Å se den andre

En viktig del av mitt håndverk som sykepleier er å kunne stemme meg inn i relasjon til den andre. Dette innebærer at jeg forsøker møte den andre der denne er, både gjennom kroppsspråk og ord.

Jeg må se den andre hele tiden, gjennom å forsøke å lese hva vedkommende formidler igjennom sitt nonverbale og verbale språk.

For å gjøre dette må jeg bruke hele kroppen min til å fange opp hva den andre formidler. Slik kan jeg bevisstgjøre meg hva kroppen min formidler og agere ut ifra det.

Dette krever at jeg må tørre gå inn i det uforutsigbare, våge bli kledd naken ovenfor den andre og vise meg sårbar. Jeg må ha grunnleggende forståelse av at den andre er et menneske på lik linje med meg selv med følelser og kropp. Jeg må ha tillit til at den andre vil meg godt, slik som jeg ønsker den andre godt.

Intuitiv tillit

Professor i sosialmedisin Per Fugelli sier at det å ha tillit er som en god følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på (2011).

I slike situasjoner er det ikke nok å bare si at en mener at alle mennesker er likeverdige. En må ha det intuitivt i ryggmargen. En slik intuisjon får en gjennom refleksjoner og erfaringer.

«Jeg er avhengig av den andres kunnskap.»

Løgstrup (1956; 1999) skriver at vi mennesker har en iboende tillit inntil vi opplever mistillit. Han sier at i ethvert møte med den andre legger en sitt liv i den andres hender. Dette beskriver hvilke store utfordringer ethvert møte rommer, og hvilken tillit en må ha til den andre.

En forutsetning for god omsorg

Som fagperson er det sentralt å reflektere over egen praksis og møter med andre. Slik kan en forankre erfaringsbasert kunnskap der tillit til den andre er grunnleggende.

Tillit til den andre er en forutsetning for å kunne yte god omsorg. Hvis tilliten ikke er til stede, vil det være viktig å ha redskap for å kunne formidle dette, fortrinnsvis ved å snakke om mistilliten og bakgrunn for denne.

Kroppens signaler

Som fagperson har jeg både igjennom teoretisk og

erfaringsbasert kunnskap lært hva forskjellige signaler kroppen min mottar kan bety. Dette har endret seg fra jeg var nyutdannet sykepleier til nå, grunnet økt kunnskap, og da særlig gjennom økt erfaring.

For eksempel kan atferd jeg tidligere ville tolket som sinne og aggressivitet, i dag bli tolket som angst, fortvilelse og frustrasjon. Disse fortolkningene vil appellere til forskjellige måter å handle på.

Min måte å agere ovenfor signalene kroppen gir meg, blir da veldig forskjellig sammenliknet med da jeg var uerfaren.

En annen faktor er å våge ta kroppens signaler på alvor, og å bruke det i en terapeutisk sammenheng. Dette kan innebære å beskrive hva man kjenner i kroppen og undre seg på om dette er noe den andre også kjenner på.

En annen måte er å regulere avstand og nærhet med hensyn til hva man føler på kroppen.

Blikk og håndtrykk

I møtet med et annet menneske kan det første blikket og håndtrykket si meg mye.

Møter den andre blikket mitt, ser vedkommende til siden eller ned? Hva leser jeg i blikket – interesse, nysgjerrighet, vennlighet, frykt, avvísning eller unnvikelse?

Hvordan bruker jeg blikket, hva formidler jeg til den andre med mitt blikk? Hvordan bruker man blikket i relasjon til et menneske som er engstelig, usikkert eller mistenksomt?

Ofte vil disse menneskene oppleve situasjonen ubehagelig om man holder blikket deres eller stirrer på dem. Likeså vil den andre kunne føle utrygghet hvis du selv er unnvikende i blikket.

Blikket forteller

Vi mennesker orienterer oss mye ut fra hvordan den andre bruker blikket sitt. Blikket omtales ofte som sjelens speil. Ofte kan man lese hvilke sinnsstemninger og holdninger den du møter har til deg når du ser den andre i øynene.

Dette gjelder selvsagt også for den andre, som leser mine sinnsstemninger og holdninger i mitt blikk.

Det er ikke bare jeg som «stemmer meg inn» i møtet. Den andre vil også forsøke tilpasse seg og å lese meg og hva jeg formidler.

Fra blikk til kropp

Det man leser i øynene og ansiktet til den andre, formidler ofte følelser som forplanter seg i kroppen min. Det kan oppstå en gryende uro som sier meg at det



KOMPLISERT: Begge parter i et møte formidler mye igjennom både nonverbalt og verbalt språk, og nyansene kan være svært kompliserte å tolke. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

er noe som ikke stemmer, eller kanskje oppstår det en følelse av angst som setter seg i magen og brystet.

Det kan også forplante seg en god følelse hvor jeg opplever glede og oppstemthet eller en følelse av rastløshet og irritasjon.

Alle disse følelsene gjør noe med meg i møtet og påvirker meg i forskjellige retninger.

Negative følelser og ubehag

Av og til kan jeg kjenne irritasjon over at jeg blir påvirket slik. Særlig gjelder dette når jeg mottar negative følelser som skaper ubehag hos meg selv.

Refleksjoner over hvilken rett har du til å påføre meg dette kan dukke opp, og kanskje agerer jeg ut ifra den tanken.

I de fleste situasjoner er jeg bevisst og husker at dette er jobben min. Ofte er dette ubehaget noe den andre bærer på og trenger å dele.

Jeg har mange ganger opplevd at jeg har mistet energi, blitt sliten og irritert i møte med mennesker som er deprimerede. Jeg tenker at dette sier noe om den enorme børen disse menneskene bærer på av vanskelige følelser.

Kanskje kan jeg avlaste dem litt ved å ta følelsene innover meg og bære litt av dem med meg bort.

Angst kamouflert som aggressivitet

I møtet med mennesker kan man også oppleve en intens frykt. Dette kan blant annet skje i møte med mennesker som er psykotiske, paranoide eller ruset.

Hvis man er det bevisst, vil en se at det ofte er blikket og ansiktet deres som gir oss denne opplevelsen av frykt.

En vil blant annet se at de ofte har utvidete pupiller, noe man får når en opplever sterk angst. En vil også oppleve at disse menneskene bruker stemme og kroppsspråk til å beskytte seg ved å vise aggressiv atferd.

Hvis man tolker dette som aggressivitet og ikke tenker angst, vil en enten selv gå til forsvar eller flykte.

Skape trygghet

Hvis man derimot tenker at man står ovenfor et menneske fylt av angst, vil man forsøke skape trygghet og handle ut ifra at man ønsker være beroligende.

I det øyeblikket man lykkes med å trygge den andre, vil ens egen angst slippe taket og en vil kjenne en ro og kanskje utmattelse i kroppen.

Dette er et håndverk som krever mye energi og kunnskap fra meg som fagperson, men når man lykkes, gir det en stor tilfredsstillelse.

Om å stemme seg inn til møtet

For å kunne stemme meg inn til et møte med en annen, må jeg ha indre dialoger med meg selv.

Disse dialogene består av spørsmål til meg selv om hva jeg kjenner i kroppen min, hvordan jeg oppfatter stemningen og dialogen mellom meg og den jeg møter.

Det foregår konstante samtaler i meg om hvilke signaler kroppen min mottar, hvordan jeg forstår disse og om hvordan jeg kan nå den andre der vedkommende befinner seg.

Enkelte ganger føler jeg at jeg ikke kan nå frem, andre ganger kan jeg føle at jeg klarer stemme meg inn slik at dialogen med den andre opprettholdes.

Feiltolkninger

I ettertid av slike møter har jeg flere ganger opplevd at jeg har tatt feil. Enkelte ganger hvor jeg har tenkt at jeg ikke har nådd frem, har den andre i senere tid gitt tilbake melding om det motsatte.

Andre ganger jeg trodde jeg hadde stemt meg inn, viser det seg i ettertid at det jeg tolket som kontakt var at den andre hadde stemt seg inn i forhold til meg, og på dette viset skjult seg selv.

Løgstrup (1956; 1999) skriver om viktigheten av å møte den andre der den er og å sanse den minste stemning. Dette kan være avgjørende for om den andre skal lykkes med livet sitt eller ikke.

Den viktige vennligheten

Tom Andersen har uttalt at det viktigste i møtet med den andre er vennlighet.

Vennlighet er noe en formidler gjennom stemmebruk, mimikk og ordbruk. Vennlighet er noe som skaper trygghet og åpner opp.

Målet mitt som fagperson i møte med den andre er at jeg skal klare å stemme meg inn i forhold til den andre. Dette kan gjøres med vennlighet, bruk av verbalt språk og med å regulere nærhet og avstand.

Enkelte ganger trenger den andre at en berører armen eller holder rundt. Andre ganger er behovet at en øker avstanden og halvveis vender seg bort.

«Vennlighet er noe som skaper trygghet og åpner opp.»

Kunnskapen om hva jeg skal gjøre i de forskjellige møtene, er bygget på min erfaringskunnskap og kjennskap til den jeg møter. Kanskje må jeg spørre hva den andre ønsker for å kunne stemme meg inn og gi den omsorg den andre trenger der og da.

Å skape distanse

I dag finnes mange muligheter for meg som fagperson til å unngå å bli påvirket i møtet med den andre og slik distansere meg.

Theoretisk kunnskap, skjemaer, dokumentering,

tidspress og diagnostiske manualer kan være redskap vi kan bruke for å distansere oss.

Dette innebærer ikke at disse faktorene behøver medføre distanse. Setter jeg dem mellom meg og den jeg møter, vil dette derimot prege situasjonen og skape distanse.

Egne følelser og opplevelser

Likewise kan jeg komme i veien for meg selv hvis jeg ikke er bevisst hvilke signaler kroppen gir meg, og reflekterer over hva disse betyr. Kroppen kan formidle noe om hva den andre formidler når jeg blir påvirket, men også si noe om hva jeg har med meg inn i møtet.

Hvor ofte er det ikke at man er preget av hendelser, opplevelser og møter forut for et møte med en annen? Dette sitter da i kroppen min, og det mennesket jeg møter vil sanse at jeg har dette med meg.

Jeg tenker at jo mindre bevissthet jeg selv har i forhold til hva jeg bringer med meg inn i møtet, jo mer synlig blir det for den andre. Det vil kunne forstyrre evnen til å stemme seg inn i forhold til den andre.

Manglende bevissthet vil i disse tilfellene skape distanse. Jeg kan agere ut ifra egne følelser og opplevelser uten å se dem i sammenheng med den jeg står ansikt til ansikt med, eller min egen sinnstemning i møtet.

Dialogene med meg selv opphører og jeg klarer ikke å stemme meg inn i forhold til den andre.

Oppsummering

Jeg har ovenfor forsøkt å beskrive viktigheten av hvilke forventninger man har med seg inn i møtet med den andre. Likeså viktigheten av å rette blikket mot den andre og forsøke stemme seg inn ut ifra den konteksten møtet byr på.

Det er vesentlig for meg som fagperson, at jeg gjennom indre dialoger og dialog med den jeg møter, stemmer meg inn i. De signaler som kroppen og min bevissthet gir meg rundt dette er helt avgjørende.

Tillit og åpenhet for den andre er sentralt for at jeg kan stemme meg inn. Jeg må våge stille meg sårbar og naken, samt være sensitiv og kreativ i møtet med den andre. ■

Referanser:

1. Andersen, T. (1994). Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtaler. Århus: Dansk psykologisk forlag.
2. Fugelli, P. (2011). Grunnstoffet tillit, Sykepleien forskning 6 (5) s. 104–105.
3. Levinas, E. (1996). Thorleif Dahls kulturbibliotek. Oslo: Aschehoug forlag.
4. Løgstrup, K.E. (1999) Den etiske fordring. Oslo: J. W. Cappelens forlag A.S.
5. Sartre, J-P.(1995). Etik: hæfter til en moral. Frederiksberg: Det lille forlag.

Av **Tatiana Penzo**. Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie. Jobber på Lovisenberg DPS. Akutteamet. Er kontaktperson for politiet.



Foto: R. Lund/Finne/apha.no

Psykiatri – et nødvendig onde for politiet

Jeg er enig i at politiet ikke skal være taxisjåfør for psykiatrien. Men ved tvungne legeundersøkelser har politiet en plikt til å bistå når pasienten nekter å samarbeide eller det er fare for vår sikkerhet.

Jeg har fått streng beskjed: «Det er ikke politiets oppgave å drive med psykiatri, det hører inn under helse». Dette fikk jeg høre da jeg som psykiatrisk sykepleier i et akutteam ringte operasjonssentralen og ba om bistand til å gjennomføre en tvungen legeundersøkelse.



TRYGGHET: Noen ganger er det nødvendig med politibistand for å opprettholde helsepersonellets sikkerhet i møte med pasienter. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Ofte blir jeg godt mottatt, men noen ganger har jeg blitt irettesatt og kjefta ut. I hendelsen over brukte jeg 40 minutter på å nå igjennom, og oppnå å bli imøtesett med anmodning om bistand som politiet er pliktig til å yte.

Politiets plikt

Noen ganger er det dessverre nødvendig med politibistand for å bane vei inn til pasienten, og for å opprettholde vår sikkerhet. Dette kommer tydelig frem i rundskrivet «Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke – Oppgaver og samarbeid». Det slår fast at politiet har bistandsplikt ved tvungne legeundersøkelser. Rundskrivet sier også at «helsepersonell har rett eller plikt til å melde fra til politiet for å avverge alvorlige hendelser eller for å begrense skadeomfang».

Vi blir også noen ganger møtt av politiet med at de ikke kan oppgi om det er voldsrisiko. Veilederen sier klart at det kan de, uten at det er brudd på taushetsplikten. Blant annet kan politiet informere om tidligere voldshistorikk. For oss er dette avgjørende for å kunne vurdere om det er trygt å dra ut selv, eller om vi trenger bistand fra politi.

Tilfeldig og personavhengig

Samarbeidet mellom psykiatri og politi er høyst nødvendig. Jeg opplever det som for tilfeldig og personavhengig. Min erfaring er heldigvis at samarbeidet oftere fungerer bra enn dårlig. Men når samarbeidet ikke fungerer, og vi oppfatter motstand og uvilje hos politiet, opplever jeg frustrasjon og maktesløshet. Dette fordi jeg vet at det kan ha alvorlige følger der liv og helse kan være i fare, og vi får ikke gjort jobben vår med å hjelpe pasienten.

Ikke «taxi»

Jeg har erfart at samarbeidet fungerer best når vi har en kontakt i politiet og en kontakt hos oss, som jevnlig snakker sammen, og som gjensidig melder når samarbeidet svikter. I de periodene vi ikke har hatt en kontaktperson i hver leir er det merkbart dårligere samarbeid. Det nevnte rundskrivet anbefaler å ha et slikt fast kontaktpunkt.

Jeg er enig i at det er bortkastet ressursbruk at politiet skal drive ren «taxitransport» av psykisk syke. Dette påpekes i rundskrivet som oppgaver der politiet ikke skal bistå. En del helseinstitusjoner må nok også skjerpe seg her. Det er jeg sikker på vil føre til at etatene samarbeider heller enn å motarbeide hverandre. ■



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.tromso.kommune.no