



Psykisk helse og rus

NR. 3-2015 • ÅRGANG 26

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Akutteam:

**Lærer å
beskytte seg**

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	annelillaabeth@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. 3-2015 • ÅRGANG 26

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

REDAKTØR

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

STYRET

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.saelvik@lyse.net

Sekretær

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

Medlemsansvarlig

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

Styremedlem

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

ABONNEMENT

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

WEBANSVARLIG

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

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
psykiatrisykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik

Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal

Tlf. 90 60 87 79

Ingvald Bergsagel

Tlf: 93 49 84 22

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen

Nina Hauge

Sissel Hagen Vetter

Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Microstock

NESTE UTGAVE: 10. mars 2016

Innsending av artikler

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



- 5 Leder
- 6 Smånytt
- 8 Sikkerhetsarbeid i akutteam
- 15 Diagnostiske skylapper
- 16 Deler egne opp- og nedturer
- 18 Tilbakeblikk
- 20 Ikke enig med Skavlan
- 22 Mørketidskonferansen
- 25 Ulik diagnose – likt pasientforløp
- 26 Viktig kunnskap om selvhjelp
- 29 Politiske endringer
- 30 En helhetlig tilnærming i psykisk helsearbeid
- 34 En krise å ta lærdom av
- 37 Når verktøykassa bare har ett verktøy
- 38 Se mulighetene
- 40 Pårørende blir involvert
- 42 Bokomtaler
- 43 Søk stipend
- 44 Bli medlem i SPoR

«Pårørende er spesialister på sine egne barn.» Side 40



15



26

8



NSFs faggruppe for sykepleiere
innen psykisk helse og rus

Psykisk helse og rus

2016

SPoR inviterer

SEX på agendaen

Seksualitet – våger du å spørre?

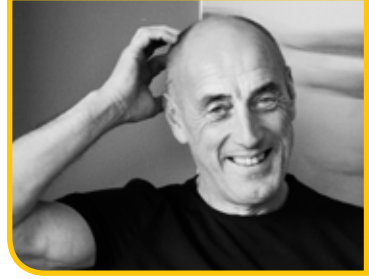
1.–2.juni 2016, Drammen

Sett av datoene. Mer info kommer....



Tydelig - Modig - Stolt

■ **LEDER:**
Kurt Lyngved



Mennesker på flukt

En strøm av mennesker i bevegelse langs en moderne bred asfaltert vei. Unge, gamle, barn – hele generasjoner på vandring fra krig og ufred mot en drøm om en tryggere verden. En plastpose eller en liten veske i hånden kommer det lille de bærer med seg på vei mot ukjent mål. Menneskene langs veien ser slitne ut og det ser ut som om de har vandret langt og lenge og jeg vet at de enda har langt igjen før de når sitt bestemmelsessted. En lang kjede av mennesker som lager en link fra de mange konfliktsteder i verden til samfunn der fred og frihet fortsatt rå. Samfunn hvor strukturene fortsatt opprettholder samfunnsforhold som gjør livet levelig. Samfunn hvor mennesket kan leve sitt liv uten å oppleve seg truet av krigshandlinger bestående av utallige krenkende og grusomme handlinger. Handlinger som til syvende og sist rammer enkeltmenneskene og deres liv så brutalt.

Det er mange tanker som farer rundt i hodet mitt der jeg sitter i taxien på vei fra Metochi på Lesbos til Mitlini. Plutselig skjønner jeg at det er menneskene bak tallene jeg ser. Dette er noen av de tusener av flyktninger som har krysset Middelhavet på farefulle ferder. I bevegelse på en øy på sin ferd mot nordligere deler av Europa. Mens jeg sitter der og ser dette toget av mennesker flasher bilder fra en lengst forgangen tid gjennom mitt hode som en parallell film. Bilder jeg har sett fra evakueringen av Finnmark og Nord-Troms for mer en 70 år siden. Jeg ser de slitne ansiktene og de tomme blikkene. Virkeligheter som er knust og borte for alltid skal gjenskapes på en eller annen måte et eller annet sted. Usikkerheten og angsten lyser ut av blikkene deres. Jeg ser de samme angstfulle blikkene som er tidløse og som alltid vil ramme mennesker på flukt fra det kjente til det ukjente.

Humanismen i vår del av verden utfordres og kjerneverdiene i de moderne vestlige samfunn er satt på prøve. Menneskeverd og menneskesyn utfordres og usikkerheten menneskene imellom i disse situasjonene likeså. Men her må vi trå til og bidra til å skape verdighet av uverdighet, menneskelighet der umenneskelighet rå. Vi må som mennesker hjelpe hverandre slik at vi kommer ut av denne situasjonen

med verdighet på begge sider. Både som flyktning og som de som er så heldig å bo i land der freden fortsatt rå. Vi har ikke råd til å styrke menneskelig uverdighet. Vi må skape verdige liv sammen og se at det universelle mennesket bebod de samme drømmer og lengsler. Millioner av mennesker skal komme til å leve med opprivende sår gjennom hele sitt liv skapt av de erfaringer krigen har gitt dem. I humanismens ånd må vi bidra til å gjøre disse sårene så små som mulig. Som medmennesker og helsepersonell har vi et stort ansvar.

Verdensdagen for psykisk helse ble markert 10. oktober og det var mange arrangementer rundt omkring i det ganske land. Psykisk helse ble satt på dagsorden og det var utrolig mange kreative mennesker i sving. Det ene arrangementet overgikk det andre i kreativitet og skaperkraft. Temaet for Verdensdagen «Se hverandre – kast maska» handler om møter. Om menneskemøter og det å se hverandre med menneskeblikket. Det blikket som er åpent og nysgjerrig og som vil det gode. Det blikket som åpner opp og som gjør at vi mennesker styrker hverandre i måten vi ønsker å leve våre liv. Utfoldelse og frihet skal erstatte stigmatisering og stempling. Det er i mangfoldet det er herlig å være og det er der menneskene trives best.

Når dette leses er enda et år på vei mot sin avslutning. 2015 er i ferd med å bli historie og snart vet vi hva dette året brakte. I juni hadde vi en flott forskningsdag og landskonferanse i Drammen. 18. og 19. november vil vi i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund ha Mørketidskonferansen i Tromsø og i skrivende stund håper jeg at riktig mange av oss sees der. Dette er arenaen hvor eldre, psykisk helse og rus skal settes på dagsorden. Dette møtestedet håper vi skal bli permanent og gjentas hvert andre år.

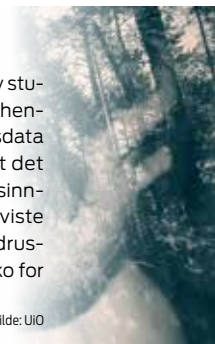
Så da gjenstår det for meg å ønske dere alle en fortsatt god høst.

Kurt J. Lyngved
FAGGRUPPELEDER

Schizofreni av cannabis

Cannabis øker risikoen for schizofreni, viser en ny studie publisert ved SERAF (Senter for rus- og avhengighetsforskning). Forskere har studert fengselsdata fra Sverige og koplet informasjonen opp mot det svenske pasientregisteret. I alt 6000 fengselsinnsatte har blitt fulgt i tiden etter løslatelse. Det viste seg at de som hadde cannabis som sitt hovedrusmiddel i tiden før fengsling, hadde forhøyet risiko for å utvikle primærpsykose etter løslatelse.

Kilde: UIO



Botox mot selvmord

Klasehodepine er en sjelden form for hodepine som rammer mindre enn én promille av befolkningen. Den blir også omtalt som selvmordshodepine, fordi enkelte blir suicidale av smertene. Sammen med en lege fra St. Olavs Hospital, er NTNU med å utvikler en ny behandlingsmetode, med Botox, som skal lamme nerveknuten som forårsaker de voldsomme smertene klasehodepine forårsaker.

Kilde: Gemini.no

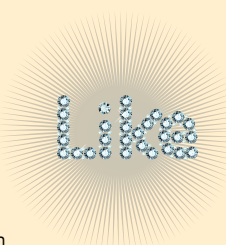
SMÅNYTT

«Likes» = lykke



Nå er det altså vitenskapelig bevist. At antall «likes» og kommentarer på Facebook gjør oss lykkeligere. Det er Bergens Tidende som har funnet fram til de to franske økonomene, som har avslørt sammenhengen mellom «likes» og lykke i forskingsrapporten «Facebook Use and Individual Well-Being: Like Me to Make Me Happier!» De har undersøkt hva som påvirker lykken til 2000 franske Facebook-brukere. De som får mange likerklipp og kommentarer på sine innlegg, er visstnok mer fornøyd med livet enn de som ikke får det. De som ønsker seg flere «likes» er mer misfornøyd med livene sine. Studien viser at det ikke er avgjørende med flest mulig venner på Facebook. Ei heller er det avgjørende å legge ut mye bilder, endre status eller ha et høyt aktivitetsnivå, for å kjenne lykken strømme på. Det er responsen som teller. Forskerne har kontrollert for en rekke andre forhold ved brukerne, for å finne ut hvordan Facebook påvirker lykkefølelsen. Kjønn, inntekt, yrke og sosialt liv skal være noen av de viktigste kontrollvariablene. Men den sterkeste indikatoren på lykke, konkluderer forskerne er – takk og lov – et sosialt liv utenfor internett.

Kilde: Bergens Tidende



«Den som har begge beina plantet på jorda står stille.»

Tor Åge Bringsvør

Deprimert og uføretrygdet

Deprimerte menn har tre ganger så stor sjanse for å bli uføretrygdet enn ikke-deprimerte. For kvinner er risikoen dobbelt så stor, hevder forskere ved Sintef, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset i en studie. De har gjennomført diagnostiske intervjuer med et tilfeldig utvalg av 1230 nordmenn. Disse ble så fulgt i ti år i trygde-registeret FDD-trygd. Her har man kunnet se sammenhenger mellom hva den enkelte

har opplevd, sykdomsbilde og uførhet. Det vites ikke sikkert hvorfor risikoen er større for menn, men i et intervju i Gemini, antyder en av forskerne at menn har oftere dårligere sosialt nettverk og færre mennesker de er fortrolige med. Det kan også virke som at menn skammer seg over psykiske problemer, og derfor venter lenger før de oppsøker hjelp.

Kilde: Sintef.no



Rus på YouTube

I våres lanserte Universitetssykehuset Nord-Norge en åtte minutters lange animasjonsfilm om rus på YouTube. Hensikten med filmen er å nå unge mennesker som ikke har startet med rusmidler eller ikke har kommet faretruende langt i sin eksperimentering. «Rusmidler – hjernen er et flipperspill» viser en ung mann som spiller flipperspill. Kuler og poengsamlingen illustrerer hvordan prosessene i sentralnervesystemet påvirkes av rusmidler. Filmene kan være til nytte for helsepersonell og lærere i ungdomsskoler og videregående skoler.

Kilde: Uit.no

Tøffere enn andre

Noen klarer seg bedre enn andre etter å ha blitt utsatt for vold og overgrep. Hvorfor er det slik? Noe av svaret er «resiliens» – en form for motstandsdyktighet og motstandskraft. De med mye motstandsdyktighet er i stand til å bruke ressursene rundt seg til noe positivt. Forskere ved Voldsprogrammet på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har påvist at nettopp denne motstandsdyktigheten har stor betydning for hvordan ungdom håndterer livet etter å ha opplevd noe alvorlig.

Kilde: HiOA



Utsatt i fattigere bydeler

Ungdom på vestkanten i Oslo drikker mer enn jevnaldrende i de fattigste bydelene i hovedstaden. Likevel klarer de seg bedre, viser en studie ved Universitetet i Oslo og NOVA. Siden så mange drikker blir det også flere med alkoholproblemer i de rikere bydelene totalt sett. Men risikoen for alkoholproblemer er likevel større hos den enkelte ungdommen som drikker i de fattigste bydelene, fordi de har et svakere sosialt sikkerhetsnett rundt seg enn deres jevnaldrende i Oslo Vest.

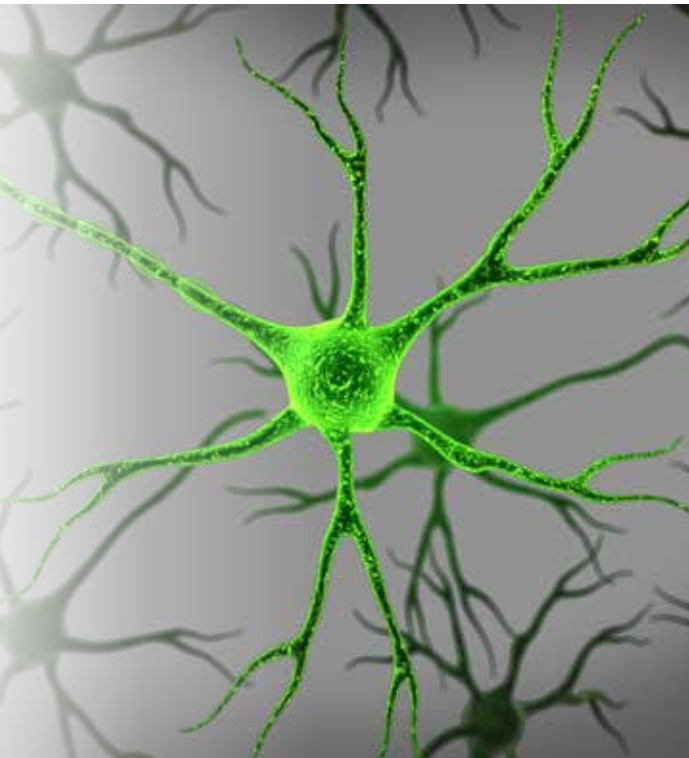
Kilde: Forskning.no

Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourboks

Smerte og empati

Det ser ut til at smerte og empati har samme utspring i hjernen. Forskerne undersøkte opplevelsen av egen og andres smerte hos 102 personer ved å måle hjerneaktiviteten deres. Halvparten av deltakerne trodde de fikk et smertestillende middel, mens de i virkeligheten fikk et placebo-preparat. Men det er jo kjent at kroppens eget morfinsystem aktiveres om man tror man får smertelindring. Personene som hadde fått placebo rapporterte om mindre smerter og mindre empati med andre som ble utsatt for smerte. Samtidig så forskerne at det var mindre aktivitet i områder i hjernen som er forbundet med smerteopplevelser. Når forskerne så ga personene legemiddelet naltrexon, som blokkerer kroppens eget morfinsystem, ble både smerten og empatien for smerte hos andre normalisert. Dette viser at fysisk og empatisk smerte reguleres på samme måte i hjernen. Studien er signert Karolinska instituttet. Resultatene er publisert i PNAS.

Kilde: Dagens Medisin



Ikke tid til depresjon

– Som hjemmesykepleier har man en eksepsjonell mulighet til å se etter tegn på depresjon hos eldre. Men tiden strekker ikke til. Det er ikke en del av oppdraget til hjemmesykepleieren, sier førsteamanuensis Liv Halvorsrud ved Høgskolen i Oslo og Akershus i et intervju på HiOAs hjemmesider. Halvorsrud har forsket på hvordan hjemmesykepleiere håndterer eldre med depressive symptomer. Hun mener at mange eldre blir gående med symptomer på depresjon som ingen legger merke til. Pasienten får derfor ikke den hjelpen som er nødvendig, noe som kan føre til lidelse og dårlig livskvalitet. Halvorsrud etterlyser en større satsing på utnyttelsen av hjemmesykepleierens unike posisjon for å oppdage depresjon. Hun mener man kan oppdage pasienter med depressive symptomer ved – blant annet – å ta seg tid til å se etter endringer i pasientens vanter og mønstre som tristhet eller økt behov for å snakke. Det kan dreie seg om personlig hygiene, dårlig ernæring, rot i huset eller endringer i kroppsspråket. Men at kjennskap til pasienten er helt avgjørende for å se disse endringene og skille dem fra andre ting.

Kilde: Viten+praksis



VOLD PÅ JOBB: Stadig flere utsettes for vold og trusler på jobb, og ansatte innen helse- og sosial topper oversikten over de mest utsatte bransjene. Illustrasjonsfoto: Microstock.

Øvelse i selvforsvar og økt kunnskap om vold kan bedre sikkerheten til helsepersonell som jobber i akutteam.

Sikkerhetsarbeid i akutteam

Bakgrunn

Sikkerhetsarbeid i akutteam er lite tematisert i faglitteraturen, til tross for de siste års satsing på ambulant virksomhet i psykisk helsevern. Søk i relevante databaser viser at det er lite forskning på dette, som også bekreftes i helsedirektoratets publikasjon nr. IS 2156 (1). En del teori om håndtering av aggresjon inne på avdeling er overførbar, likedan kunnskap om hensiktsmessig kommunikasjon i slike situasjoner (2,3). Forskning viser at stadig flere utsettes for vold og trusler på arbeidet, og ansatte innen helse- og sosial topper oversikten over de mest utsatte bransjene (4). Det er derfor behov for økt fokus på temaet som vi mener vil gagne både pasient, arbeidstaker og arbeidsgiver. Vår erfaring viser at vi må anta at en del av pasien-

tene vi er i kontakt med, bærer potensielt farlige gjenstander. Dette har vi sett flere ganger når vi har fulgt pasienter til innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling, der pasienten har tømt lommer og bag – som har avdekket både økser, hammer og stikkvåpen med mer.

I vårt arbeid i ambulant akutteam ved DPS har vi erfart at økt kunnskap om sikkerhet og regelmessig trening øker vår opplevelse av trygghet og kvaliteten på kliniske vurderinger. Trygghet hos sykepleierne påvirker pasienten positivt i situasjoner hvor pasientens voldshistorikk, pågående aggresjon eller underliggende truende stil preger situasjonen. Vi opplever at vi er bedre rustet til å gjøre gode kliniske vurderinger og samtidig ivareta pasientens behov.

■ Av **Tatiana Penzo**, spes. sykepleier og klinisk spesialist, Akutteamet, Lovisenberg DPS

Øystein Skaare, ledende spes. sykepleier og klinisk spesialist, Akutteamet, Lovisenberg DPS

Tone Brita Instefjord, spes. sykepleier og klinisk spesialist, Akutteamet, Lovisenberg DPS

Vi trener på frigjøring, etisk forankrete kontrollgrep og enkle selvforsvarsteknikker for bedre å kunne hjelpe pasienter som har svekkete kontrollmekanismer og mye aggresjon. Sentralt i våre øvinger er simulering, altså at vi øver på mulige scenarioer som kan utspille seg i vårt arbeid inne på poliklinikk og hjemme hos pasienten. Vi øver regelmessig, fordi det er slik vi kan innarbeide rutiner som gjør at handlingskompetansen øker.

Vi vil derfor reise spørsmålet om kunnskap om aggresjon og vold innen helse- og sosialsektoren, og samtidig jevnlig sikkerhet- og samhandlingstreninger (SST) kan øke ansattes opplevelse av trygghet og evne til å mestre utfordrende og utagerende atferd? Og vi vil i denne artikkelen dele våre erfaringer og kunnskaper med andre. I tillegg håper vi å inspirere til forskning og økt fokus på SST i andre ambulende akutteam i DPS.

Akutteam i DPS

I Norge var det kartlagt 61 ambulende akutteam i 2012 (1). Vi kontaktet ambulante akutteam i de største byene i Norge per telefon, og det viser seg at de fleste ikke har systematisk sikkerhet- og samhandlingstreninger. Lovisenberg DPS dekker tre bydeler Gamle Oslo, Grünerløkka og St.hanshaugen – det er til sammen omtrent 130 000 mennesker som har sektortilhørighet til Akutteamet. Typisk storbyproblematikk preger livet til mange av våre pasienter; sosioøkonomiske vansker, rusmisbruk og flyktningbakgrunn. Lovisenberg DPS har det høyeste antallet pasienter som er dømt til behandling i Norge. Daglig møter vi mennesker i akutte kriser, det kan være personer som tar kontakt med psykisk helsevern for første gang. Ofte vet vi lite om bakgrunnen deres, hvilket kan by på utfordringer i forhold til å ivareta egen sikkerhet. Vi har møtt pasienter med voldsom truende atferd – blitt truet verbalt og med stikkvåpen, knyttneve – situasjoner der det har vært en reell risiko for vår sikkerhet. I løpet av de årene vi har trent på samhandling har vi ikke hatt personalskade, og det til tross for mange potensielle utageringsepisoder, og noen med farlige gjenstander.

Hva utløser voldelig atferd?

Voldelig atferd utløses vanligvis på grunn av følelser som frykt, forvirring og frustrasjon. Følelse av avmakt eller manglende dekning av grunnleggende behov kan føre til at aggresjon oppstår når pasienter mener de ikke får det de er i behov av. Dette

kan for eksempel være medisiner eller innleggelse i sykehus. Tidligere erfaringer med avvising og krenkelsler kan også gjøre at utfordrende atferd oppstår dersom de ikke blir møtt på en empatisk

«En utagering må håndteres uansett hva som utløser aggresjonen.»

måte, eller kommunikasjonen oppleves forvirrende og inkongruent. Personer som har vokst opp i miljø med mye aggresjon og vold, vil ha lettere for å ty til vold enn andre (5,6). Andre årsaker kan være hevnmotiv, rus/ abstinenser og interessekonflikter (4,7). Det er viktig å understreke at det er en annen forståelse av psykotisk betinget aggresjon og redsel, enn til det vi kanskje kan kalle vold og trusler av mer instrumentell karakter, der handlingen kan forstås som en måte å kommunisere på. Hos de psykotiske pasientene er aggresjonen ofte motivert og drevet av vrangforestillinger og aspekter i pasientens indre. Ofte utløses en voldelig reaksjon av en ytre faktor og kan framstå som både overraskende og umotivert for omgivelsene (5,6,7).

Aggresjon

Aggresjon oppstår når stress og hormonell påvirkning aktiverer Amygdala, delen i hjernen som registrerer fare. I en slik tilstand blir affektreguleringen betydelig dårligere, og evnen til egenrefleksjon og samspill med andre mennesker nedsatt. Aggresjon hos mennesker kan forstås som et uttrykk for frustrasjon eller angst. Terskelen for å agere med vold er individuell og vil være påvirket av flere forhold. Vi vet at inntak av rusmidler senker den (4,5,6,7,8,9), og at pasienter med psykose lettere kan misforstå og tolke objektivt sett ufarlige omgivelser som truende og angstskapende (5,7,8,9). En utagering må håndteres uansett hva som utløser aggresjonen. Men sykepleierens kommunikasjon – og observasjonsevne, sammen med erfaringer og kunnskap vil være avgjørende for å kunne forhindre en utagering, og ta kontroll over situasjonen dersom den oppstår. Erfarne og trygge sykepleiere vil kunne skille på hvilke tiltak situasjonen krever. Eksempelvis vil det av og til være hensiktsmessig at det kommer flere personal i rommet, mens det i andre situasjoner kan eskalere pasientens opplevelse av kaos og utrygghet.

Tegn på aggresjon

Vi kan se og oppfatte at en person er sint; nevene er knyttet, pupiller og halspulsårer er utvidet. Mimikken kan avsløre sinne, øyebryn som trekker ned mot øynene, ansiktsmusklene som strammes, kroppen som er spent og gjør seg stor. Sinne kan vises ved motorisk uro, flakkende blikk og kortpustethet. Dette er signaler vi kan trene på å oppfatte tidlig og med det kan vi avverge og forebygge utageringer. Kunnskaper om aggresjon og utagering gir oss økt forståelse for hva som skjer i kroppen og hvordan mennesker fungerer når frykt, aggresjon og sinne er overveldende (5).

Kommunikasjon i møte med aggresjon

Til tross for at erfarne sykepleiere er bevisst egne nonverbale signaler, og etter beste evne søker å formidle ro og kontroll, kan utryggheten likevel skinne igjennom i møte med aggresjon. Rødme på halsen eller i ansiktet, skjelvende undertoner i stemmen og famlete og utydelig tale. Utrygghet kan tolkes og oppfattes som avvisning av pasienten og det kan da føre til utagerende atferd (5,9). Vår kommunikasjon forandrer seg når vi er redde. Det er stor fare for inkongruens hvis vi ikke erkjenner denne redselen, slik at vi er med på å øke aggresjonsnivået hos pasienten. Det er ikke alltid vi klarer å overbevise

«Vi må opprettholde respekten og skille handling fra person.»

pasienten om egen trygghet selv om vi er aldri så bevisst vår egen fremtoning og nonverbale kommunikasjon. Det er da vi kan bruke språket til å si noe om hvordan vi opplever situasjonen, og underbygge det som fremkommer i det nonverbale, ved å være tydelig på hvordan situasjonen oppleves og hvordan vi tror den kan løses. Dette kan redusere frustrasjon og behov for utagering. Åpen, konkret og ærlig tale med her og nå- fokus vil kunne dempe konflikt og fremme trygghet. Å ha en lyttende og problemløsende tilnærming vil kunne styrke pasientens følelse av kontroll (11,12).

Utfordringer ved implementering av sikkerhet- og samhandlingstreninger (SST)

Tidlig i implementeringsprosessen erfarte vi noe motstand. Vi antar at det kan være flere årsaker til

det. Blant annet kan det være at noen synes det er ubehagelig å ha fokus rettet mot aggresjon og vold. Videre kan det være at det å være fysisk tett på en kollega kan oppleves rart og unaturlig. Det vil da være klokt å tematisere nettopp dette, snakke om at det kan være ubehagelig å komme så tett på en annen, og legge opp treningene med lav intensitet og øke etter hvert som personalgruppa blir trygge på hverandre, teknikker og form.

Erfaring her er udelst positiv. Da personalgruppa opplevde SST som nyttig, og så at det hadde en funksjon og hensikt. Og opplevde mestring av teknikker, kommunikasjon og observasjon, ble det god stemning og økt interesse og innsats.

På Kurs (Sikkerhet- og samhandling)

All personal i Seksjon Ambulant Virksomhet (SAV) gikk på basiskurs hos Verge Opplæring (verge.no) i 2011. Kursene har fokus på sikkerhet i blant annet psykisk helsearbeid. Kursingen dreier seg om sikkerhet og trygghet i møte med pasienten. Det er flere fokusområder; oppfatte og avdekke signaler på utagering før en utagering skjer, slik at den kan forebygges, om kommunikasjon i pressete situasjoner, om å håndtere verbal og fysisk utagering, der metodene og teknikkene har etisk forankring. Sykepleier i vårt akutteamet er sertifisert verge-trener og ressursperson, og har siden 2011 hatt ansvar for implementering, opplæring og trening av sikkerhet- og samhandling i de fleste enhetene på DPS-et.

Implementere sikkerhet i daglig drift

Trening og opplæring må være forankret i ledelsen og det må gis anledning til å sette av tid i arbeids-hverdagen til å fokusere på sikkerhet. Ledelsen og vernetjenesten (HMS) både ønsket og stilte krav til at SST skulle implementeres som en obligatorisk øvelse. Samtidig må det være en erkjennelse av at utagering kan skje på egen arbeidsplass. Videre er det viktig at den som skal kurseres og jobbe med implementeringen har en genuin interesse for dette. Plikt og ansvar er forankret i arbeidsmiljøloven, særlig kap. 4 (13), og omfatter både den ansatte og arbeidsgiver.

Hvordan vi trener

Simulering

Simulering er en pedagogisk metode som i økende grad tas i bruk innen opplæring av helsepersonell. Dette er «learning by doing». Simulering går ut på å trene på autentiske utageringssituasjoner i trygge



AGGRESJON: Voldelig atferd utløses vanligvis av følelser som frykt, forvirring og frustrasjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

omgivelser. Forskning viser at metoden er spesielt egnet til innlæring av ferdigheter med høye krav til kvalitet og sikkerhet, som beslutningstaking, teamarbeid og kommunikasjon. Metoden gir deltakerne en mulighet til kritisk refleksjon over egen og andres aktivitet i scenarioet som utspilles (14). Simulering har vist seg å være mer motiverende og effektiv enn mer tradisjonelle læremåter. Ved simulering viser det seg at mer enn 80 % husker det de har vært gjennom og øvd på. Dette kan skyldes at kunnskap skapt gjennom selvopplevd praksis med påfølgende diskusjon virker mer engasjerende og «mer levende» enn det man leser om i en bok. Ved å benytte simulering oppnås læring av kunnskaper, ferdigheter og atferd (14).

Å opptre med et tydelig og aggresjonsdempende kroppsspråk. Vi har hendene synlig og foran oss. Det gir mulighet til raskt å forsvare seg hvis det er nødvendig, man kan løfte hendene og beskytte hodet og avverge mot slag og spark. Åpne håndflater holdt opp viser pasienten at du ønsker å roe ned situasjonen, «hvitt flagg» (5).

Å lære å sondere rommet og posisjonere seg riktig i forhold til pasienten. Dette kan ha betydning for hvordan utageringen utvikler seg, dersom du står mindre enn en meter unna

og står midt imot, er du mer utsatt. For pasienten kan det oppfattes som truende fordi intimsone til pasienten er brutt. Vær oppmerksom på at pasienter med psykose kan ha en annen oppfatning av intimsone (5). Det å snu ryggen til kan både signalisere avvisning og du kan miste kontakt og kontroll (5,7).

Å snakke tydelig og enkelt. Det er viktig å ha et enkelt språk. Og pasienten må gis tid til å gjenvinne kontroll. Gjentakelse av et kort og enkelt budskap gitt med en rolig, kontrollert og kanskje bestemt men likevel mild stemme kan ha betydning for hvordan pasienten mottar det som blir sagt. Gi vedkommende alternativ og mulighet til å trekke seg ut av situasjonen (5,10).

Å utløse alarm. På trening gjennomgår vi hva man gjør når man kommer først til alarmsituasjonen – vi er alltid flere som løper på alarm og kan utnytte at vi er i overtall. Ved riktig samhandling vil det være trygghetsskapende for personal og pasient.

Samhandlingstrening. Alle lærer å takle verbal og fysisk utagering med metoder og teknikker som er forankret i en holdning om at utagering skal håndteres på en etisk forsvarlig måte. Grunnleggende prinsipper er ikke skade, ikke krenke, minst mulig inngripen og mest mulig pasientmedvirkning (5,9,10,11,15). Erfaringen er at sykepleiere i akutteam kan møte pasienter med utagerende atferd på

ØVELSE: Selvforsvar kan læres på jobben.
Illustrasjonsfoto: Colourbox.

en slik måte at vi til tross for pasientens atferd vil evne å ivareta pasientens verdighet og samtidig ivare ta egen sikkerhet. Eksempler på dette er å lære grep som kan være effektive for å holde fast, ta kontroll, og eventuelt føre ut aggressive personer uten å påføre smerte.

Vi trener en halv time en fast ukedag, sammen med kolleger i ROP (Rus og psykiatri). I tillegg har akutteamet to timers økter ved hver semesterstart.

Vi veksler på å trene teknikk og simulering. Simuleringene kan være bygget på reelle hendelser. Personal får utdelt roller som pasient, behandler og en til å ta ledelsen når alarmen utløses, dette for å sikre at hele personalgruppen har stått i alle rollene. Etter hvert scenario, som kan ta mellom 5 og 10 minutter, evaluerer vi systematisk situasjonen og hva som ble kommunisert/ikke kommunisert, observert og om posisjoneringer og hvordan den enkelte i rollen opplevde situasjonen og innspill fra resten av gruppa. Av og til kan vi gjøre scenario en gang til – denne gangen vil vi da ha en regi på hele situasjonen. Hensikten er da å gjennomføre situasjonen som det vi anser som den mest hensiktsmessige håndtering i form av kommunikasjon og eventuell inngripen.

Når vi har teknikktraining går vi rolig og mekanisk igjennom frigjøringsteknikker, holde-teknikker og øker intensiteten ettersom den enkelte er trygg på teknikkene. Etter hver trening rapporterer vi til seksjonsleder.

Sjekklistor

For å være sikre på at vi gjør gode voldsrisikovurderinger har vi utarbeidet sjekklistor i samarbeid med politiet, for vurderinger i akutteamets lokaler og når vi er på hjemmebesøk.

Sjekkliste hjemmebesøk:

– Vurdere kontakt med politiet før avreise for info om voldshistorikk

– Mental beredskap – hva kan skje/worst case scenario

– Alltid to personal

– Avstand til inngangsdør, går døren inn eller ut/posisjonering

– Vurdere pasienten før vi går inn, bruk tid, etabler kontakt – blikkontakt? Rus? Påfallende atferd?

– Synlige hender – vi skal alltid se pasientens hender før vi går inn

– Er det flere i leiligheten/husdyr. Kan de eventuelt forlate leiligheten?

– Kan vi avtale at pasienten kommer til våre lokaler, skal hjemmebesøk avbrytes?

– Observere på vei inn – farlige gjenstander, vår retrettmulighet/exit

– Ikke lås døren

– Hold avstand til pasienten

– Når en farlig situasjon oppstår – forlat stedet raskest mulig, begge ut samtidig, få avstand til pasient, møbler som skjold, mellom personal og pasient vurder rolig eller kommanderende stemme, stå samlet (vanskeligere for pasienten å angripe to enn en) vurderer å ringe 112

– Ved transport. Vurdere egen bil, ambulanse eller politi

– Ved transport i egen bil – pasienten sammen med personal i baksetet. Pasienten bak passasjeret. Vurdere barnesikring på/av

Sjekkliste; når vurdering i akutteamets lokaler:

– Les gjennom tidligere journal, kontakte eventuelt politiet for info om tidligere voldshistorikk

– Se over samtalerom for farlige/løse gjenstander

– Alltid to personal

– Alltid overfallsalarm

«Vi trener på frigjøring, etisk forankrete kontrollgrep og enkle selvforsvarsteknikker.»

– Melde fra til kollegaer og veker

– Vurdere tilstand – rus, agitasjon, psykose, blikkontakt, kroppsspråk, mimikk

– Vurdere ransaking (frivillig), samtykke

– Plastglass til vann

– Er det trygt nok å ta imot pasienten – eventuelt vurderer bistand fra politiet/avvise/utsette

– Tenk på plassering i rommet – retrett/exit mulighet for pasient og personal

– Ved eskalering av aggresjon, vurderer å be pasienten forlate lokalet

Avslutning

I møte med pasienter som kan utagere kreves det at vi håndterer dette på en etisk forsvarlig måte. Vi må opprettholde respekten og skille handling fra person. Med grunnleggende prinsipper som ikke skade, ikke krenke, minst mulig inngripen og mest mulig pasientmedvirkning (5,9,10,11,15) mener vi at sykepleiere i akutteam kan møte pasienter med utagerende atferd på en slik måte at vi til tross for pasientens atferd vil evne å ivareta pasientens

verdighet og samtidig ivareta egen sikkerhet.

Teorien vi har lagt til grunn viser at holdninger kan være avgjørende for om man oppnår en god dialog og i hvilken retning en potensiell utagering vil ta. Holdningen er en grunnleggende verdi i måten man håndterer utagerings situasjoner på, samtidig som at holdning i seg selv kan forebygge utageringer (5,9,10,12,15,16,17).

Med en aktivt lyttende stil anerkjennes og bekreftes pasienten. Dersom sykepleier er en dårlig lytter vil hun ikke evne å identifisere pasientens situasjon og problemer, og dermed ikke være i stand til å oppfatte signaler og tegn på at pasienten har økt utageringsrisiko (16).

Vår erfaring og påstand er at økt kunnskap om utfordrende atferd og vold og økt kompetanse gjennom regelmessig trening i sikkerhet- og samhandling i akutteam øker opplevelsen av egen trygghet. Vi tror også at dette er med på å sikre gode kliniske vurderinger. Økt

trygghet hos sykepleierne påvirker pasienten positivt i situasjoner hvor pasientens voldshistorikk, pågående aggresjon eller underliggende truende stil preger situasjonen. Å møte personer med økt voldsrisiko på en rolig måte kan i seg selv virke aggresjonsdempende. Når vi er oppmerksomme på det nonverbale og på kroppsspråket er vi forberedt og derfor nærværende nok til å roe ned en vanskelig situasjon. Med kunnskap om kommunikasjon, den bakenforliggende årsaken til aggresjon og forståelse av hva som kan påvirke aktiveringsnivået hos pasienten, vil vi være bedre rustet til å takle og tåle utageringssituasjoner. Vi kan ikke opparbeide oss slik erfaring gjennom teori alene.

Det må erfares gjennom praksis. Ved hjelp av refleksiv praksis etter møte med aggressiv- og utagerende atferd evaluerer vi egne handlinger og holdninger, samt teamets måte å samarbeide på, og er derfor i en konstant utvikling (9, 18). ■

Referanser:

1. HelseDirektoratet (2014). Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). IS- 2156. Oslo: HelseDirektoratet.
2. Mackay, I., Paterson, B., Casselles, C. (2005). Implications for the Prevention of Aggressive Behavior Within Psychiatric Hospitals Drawn From Interpersonal Communication Theory. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 12, 464
3. Daffern, M., Day, A., Cookson A. (2012). Implications for the Prevention of Aggressive Behavior Within Psychiatric Hospitals Drawn From Interpersonal Communication Theory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 401–419.
4. Direktoratet for arbeidstilsynet (2009). Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging. Arbeidstilsynets publikasjoner, best.nr. 597.
5. Krøvel, B., Rund, B.R., Rør, E. (red),(1997). Vold og psykiatri – om forståelse og behandling. Otta: Tano Aschehoug.
6. Hanssen, B., P., Stakseng, O., Stangeland, A., Utheim, R. (1999). Sikkerhet og omsorg. Møte med aggresjon og vold. Bergen: Fagbokforlaget.
7. Bråthen, O.A. (2011). Håndbok i konflikthåndtering: Forebygging av trassering, trusler og vold. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press.
8. Bjørkly, S. (2001). Psykologiske perspektiver på aggresjon. Oslo: Universitetsforlaget.

9. McDonnell A.A. (2013). Håndtering av aggressiv atferd med lavaffektive tilnærminger. Oslo: Universitetsforlaget.
10. Elvegård, L.K.I. (2009). Håndtering av utagering: Ansattes oppfatning og opplevelse. Masteroppgave i sosialt arbeid. NTNU http://samforsk.no/husk/Sider/Publikasjoner/Kurt_Elvegaard_master.PDF
11. Borg, M. (2007). Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget.
12. Jensen, P. og Ulleberg, I. (2012). Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendag Akademisk.
13. Lov om Arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) (2005). Kapittel 4. Krav til arbeidsmiljøet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_4
14. Molnes S.I., Hunstad, I.K. (2014). Kan simulering forbedre studenter i praksis? *Psykisk helse og Rus*. (1/25). S. 26–29 NSFS faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus.
15. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, (2007). NSF
16. Skau, G.M. (2009). Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. Oslo: Cappelen Forlag AS.
17. Røkenes O.H., og Hanssen, P.H. (2006). Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
18. Miller S, Hubble M, Duncan B. (2008). *Supershrinks (Therapy Today)*, 17487846. April 1, 2008, Vol. 19, Issue



Diagnostiske skylapper

Hvis jeg atter en gang hadde fått en diagnose, ville det sannsynligvis gjort mye mer skade enn gagn.

Da jeg troppet opp på videregående med beskjed fra legen om at jeg var psykisk syk skjedde det noe rart. Alle lærerne ble alvorlig i blikket, noen var unnvikende og andre var forståelsesfulle. Felles for alle var at de endret atferd. Det er nok ikke unaturlig, ei heller er det en dårlig ting, med unntak av én viktig ting: Alle krav og forventninger ble frafalt umiddelbart. Det samme skjedde med en av mine aller beste venner som gikk i samme klasse som meg. Ingen lekser måtte gjøres, ingen innleveringer måtte leveres og hvis vi ville kunne vi stå over alle prøver. Hva gjør en nedbrutt og sønderslitt 17-åring når alle slipper? Han faller.

Det var ikke det at jeg var så innstilt på å gjøre skolearbeidet heller, siden lærerlysten døde med mobbingen mange år tidligere. Jeg hadde også foreldre som tappert hadde holdt ut med et barn som hadde hatt voldsomme følelsesmessige svingninger i mange år, som regelmessig lot det gå ut over dem og som 17-åring flest visste bedre enn sine foreldre. Uten drahjelp fra noen andre var det ganske innlysende at de ikke ville klare å dra laget – meg – alene.

Droppet ut

Jeg husker godt følelsen idet jeg droppet ut. Det var deilig at ingen maste på meg, at jeg kunne få slippe alt det som trigget angsten og at jeg kunne være for meg selv langt inne i min egen depresjon. Men det var også noe som gjorde vondt. Det gjorde vondt at ingen maste på meg, at ingen pusset meg til å møte angsten og som ikke dro

meg ut av mine egne tanker. Men verst av alt: Ingen trodde at jeg dugde til noe. Jeg følte meg dum.

Det er lett å få mennesker til å føle seg ubrukelige og verdiløse. Det er bare å frata dem alt ansvar og alle forventninger. Legg alle krav i skuffen og si at dette kan vi ta når du er frisk. Problemet er bare at begrepet «frisk» er så langt fram, nesten utenfor rekkevidde, mens ordene «syk», «ikke i stand til» og «sliten» er så veldig her og nå. Det er vanskeligere å motbevise alle som ikke tror at du klarer noe, enn å bevise for noen at du kan.

Har bygget meg opp

Uansett hvor ille det ser ut, uansett hvor håpløst det føles så er det mulig å gjøre noe. Jeg brukte mange år på å bygge meg opp nok til å kunne begynne på livet for fullt igjen, men jeg brukte ikke så lang tid på å begynne å gjøre noe. Jeg er fortsatt ikke helt restaurert. Skadene fra mobbingen og traumene er fortsatt dype og kompliserte, jeg har fortsatt et umettelig behov for å prestere for å legitimere min egen eksistens og jeg må jobbe hardt for å undertrykke trangten til å fortelle folk hvorfor de tar feil når de gir meg et kompliment. Det er mye der som noen helt sikkert kunne ha tatt tak i, men jeg gjør ikke noe med det fordi jeg fungerer. Jeg jobber langt mer enn 100 % og gjør en innsats for andre som jeg stortrives med. Hvis noen atter en gang skulle ha kommet trekkende med en diagnose så hadde det sannsynligvis gjort mye mer skade enn gagn.

Viktig tordentale

Jeg tror vi diagnostiserer oss vekk fra løsningene. Jeg tror at merkelappene vi setter på andre mennesker samtidig blir skylapper for dem som skal hjelpe. Det er som om noen står og hamrer på en ugjennomtrengelig dør forgjeves uten å ta tre skritt tilbake og se at det er et hull i gjerdet fem meter unna. Selv kommer jeg aldri til å glemme en tordentale jeg fikk av en tidligere sjef. Jeg kunne ikke annet enn å få assosiasjoner til filmen «Good Will Hunting» da han tydelig irritert og på grensen til høylytt konstaterte at hvis jeg ikke fikk meg en utdanning og brukte det hodet jeg hadde for alt det var verdt, så var jeg ikke annet enn et rasshøl overfor de andre som ikke var velsignet med det jeg hadde mellom øra. Det er den eneste gangen jeg har trodd på et kompliment helt ned i magen.

Vi er vanskelige, vi «syke» eller unormale, eller hva jeg skal kalle det. Syk vil jeg på det mest bestemte hevde at jeg ikke er per dags dato, men den samme vegringen mot å tro på at jeg kan noe, eller er verdt noe som helst er fortsatt der. Det saftige sparket bak, som jeg fikk av sjefen min for mange år siden, lever jeg fortsatt på. Det er også derfor det er så utrolig farlig å bare ta for gitt at noen ikke får til noe. Personen kommer til å gjøre alt hun eller han kan for å overbevise deg om at det er tilfellet. Fordi når man er fullstendig verdiløs i sine egne øyne og det ikke finnes noe håp, så trengs det noen som kan bære håpet og verdien man har som menneske, bare ikke bære diagnosen. Den er for tung til det. ■

Deler egne opp- og nedturer

– Når angsten, eller panikkangsten, har kommet, har jeg bare forholdt meg rolig og ventet til den har gått over. Da har jeg fått en følelse av mestring, og innsett at angsten ikke er farlig selv om den oppleves veldig ubehagelig. Tekst Petter Nilsen

Mange med psykiske lidelser har angst og depresjon, uten at en diagnose nødvendigvis er stilt. Psykiske lidelser kan hindre en fra å leve et godt liv, og gjøre at en havner utenfor samfunnet. Man unngår gjerne situasjoner som fremkaller angst og depresjon, slik at følelsene som trigger angsten ikke eskalerer. Det er derfor viktig å jobbe med å mestre psykiske lidelser, og situasjoner som fremkaller dem. Personlig har jeg mestret mye angst, og har gjort det ved å ta små steg fremfor å gape over for mye. Ved å sette meg små mål, og nå disse, har jeg kun-

bevisst situasjoner som ga angst, for å trene på disse. Jeg gikk på noen beroligende medisiner en stund, mens jeg trente på situasjonene. Det kan være til hjelp mens man jobber med seg selv og for å mestre vanskelige situasjoner.

Jeg lærte meg også å skille mellom reell og ikke reell angst. Jeg så at det ikke var noe farlig som kunne skje i situasjonen, selv om jeg var redd. Der som det hadde vært en farlig situasjon burde jeg vært redd, men i disse tilfellene var jeg redd uten at det var noen fare. Jeg lærte meg derfor å si til meg selv at det ikke ville skje noe farlig, og

lærte meg å tenke annerledes i situasjoner som ga angst, som gjorde at jeg handlet annerledes og også fikk en annen følelse. Tanker, handlinger og følelser henger sammen, og ved å endre tankene endrer man også resten av mønsteret. Jeg gikk i kognitiv terapi mellom min første og andre innleggelse. Da lærte jeg å se et mønster i hvordan jeg tenkte, handlet og følte. Jeg så også at angsten avtok for hver gang jeg mestret den, og at det ga en annen og god følelse.

Det har vært viktig å utfordre meg selv gradvis og ikke gape over for mye, for ikke å risikere å bli dårlig igjen og få en vond opplevelse med å forsøke å mestre angsten. Etter hvert som jeg mestret små utfordringer, kunne jeg ta større utfordringer neste gang. Nettopp denne mestringsfølelsen gjorde at jeg fikk troen på hva jeg kunne klare. Det har gjort at jeg har klart å vende tilbake til livet, og bo for meg selv og forsørge meg selv. Det har til tider vært tøft å «stå i det» og la angsten komme, men jeg har lært mye om meg selv ved å mestre den. Det har gjort at jeg har funnet ut hvilke kvaliteter jeg har, og sett hva jeg kan klare med mine egenskaper.



«Ved å mestre angsten avtar også ofte depresjonen.»

Petter Nilsen

net nå større mål på sikt. Jeg har trent på å være i situasjoner som har fremkalt angst, og ikke latt angsten lede meg.

Trene på situasjoner

For hver gang jeg har «stått i det» og ikke latt angsten lede meg, har den gått fortere over for hver gang. Den har også avtatt i styrke, og opplevdes mindre skremmende. En stund oppsøkte jeg

at angsten ikke var farlig. Ved å mestre angsten, mestret jeg også depresjonen, siden disse følelsene ofte henger sammen. Angsten ledet til depresjonen, og ved å mestre angsten kom jeg til andre følelser som lå bak.

Læring av angst

Da jeg jobbet med å mestre dette, hadde jeg godt utbytte av kognitiv terapi. Jeg



DET ER HÅP: Angst og depresjon hører sammen. Så om man lærer seg å mestre angsten, avtar også depresjonen, er erfaringen til Petter Nilsen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Om å bryte sirkelen

For en del år siden slet jeg med sosial angst, og måtte jobbe med meg selv for å bli trygg i sosiale situasjoner. Den sosiale angsten har rot i barne- og ungdomsårene mine, og eskalerte spesielt på videregående skole. Den satte meg utenfor samfunnet en stund, og gjorde at jeg isolerte meg. Ved å ha mestret den sosiale angsten, klarer jeg i dag å holde foredrag for mange mennesker, og jeg har blitt en veldig sosial person.

Det er et godt eksempel på hva man kan oppnå om man mestrer ulike typer angst. Som jeg har vært inne på, henger ofte angst og depresjon sammen. Så ved å mestre angsten avtar også ofte depresjonen. Depresjon kan komme som følge av at man har angst, og kommer ofte etter et angstanfall. Mestrer man angsten, bryter man denne «sirkelen». Det er dette som har hjulpet meg til å mestre angsten jeg har slitt veldig med til tider, og kanskje kan denne «mestringsmetoden» også hjelpe andre. ■

■ Bok og blogg

Petter Nilsen (35) har gitt ut boken «Utenpå meg selv». Boken handler blant annet om diagnosen paranoid schizofreni, angst, depresjon, mestring, tvang, innleggelse, behandling og veien tilbake i jobb. Den handler om å leve med, og bli frisk fra, psykisk sykdom. Nilsen holder foredrag og driver også sin egen blogg om angst, depresjon og mestring av psykiske problemer.

Hjemmeside: www.etlivmedpsykisklidelse.no
Blogg: www.etlivmedpsykisklidelse.blogg.no



NORSKE FLYKTNINGER: En oktoberdag i 1944 sto disse norske flyktningene i matkø i Kiruna i Finland. Etter en strabasiøs tur klarte de å ta seg over fjellviddene fra Nord-Norge og Finnmark til Sverige. Den eldre kvinnen bærer en eske hvor hun oppbevarer de kjæreste eiendelene hun har klart å redde. Det er både barn og voksne i følget. På side 5 i denne utgaven av Psykisk helse og rus, kan du lese om faggrupeleder Kurt Lyngveds møte med flyktninger i Hellas.

Kilde: NTB Scanpix





Ikke enig med Skavlan

Helse er ulikt fordelt i befolkningen. Og det er her fastlege Jørgen Skavlan må ha sovet i timen, mener Eli Jorid Sveipe.

Fastlege Jørgen Skavlan uttaler på nettet at han i motsetning til sin bror Fredrik Skavlan (som har ett talkshow i uka) selv har 25 talkshow om dagen. Da må han jo like å prate! En ny sjekk på nettet viser at Jørgen Skavlan driver sin legegjerning på Frogner i Oslo. En praksis bestående hovedsakelig av «gamle damer med brodder på sko og stakk som ødelegger linoleumen på venterommet». Slik framstilte han sin arbeidshverdag på Tyholmen Hotel under Arendalsuka i august i år. Han etterlyste den gamle legerollen der symboler som stetoskop og pannespeil viste hva legen drev med. Samtidig lovpriste han velferdsstatens utvikling som større enn oljeutvinningen i etterkrigstidens Norge. Han taler med to tunger.

Sovet i timen

Helse er ulikt fordelt i befolkningen. Og det er her fastlege Skavlan må ha sovet i timen. Ikke alle vil kjenne seg igjen i beskrivelsen av at nordmenn er «friske, rike, mette og lever lenge». Han har valgt å etablere seg i den delen av Norge der helsetjenestetettheten er stor og levekårene gode. Hadde han vandret noen kilometer lenger øst - over Akerselva - så lever folk ti år kortere enn på Oslo vest. Slik er også Norge.

Det er lett å la seg sjarmere av

Skavlan. Han er karismatisk, veltalende og spissformulert. Han fortalte om sin tid som lege på Helgelandskysten. Om folk som aldri gikk til lege, heller ikke med små barn. Dette er heldigvis ikke vårt tids ideal. Han pekte på at den norske befolkning i gjennomsnitt går til lege 2,9 ganger i året. Som en erfaren kollega sa; det går ikke an å regne gjennomsnitt på slikt. Mennesker med kroniske lidelser skulle nok ønske at de slapp å gå så ofte mens noen dessverre kommer altfor sent til lege. Skavlan poengterte at han ikke snakket om alvorlig sykdom. Målsettingen med et godt utbygd helsevesen er å oppdage sykdom i tide, før den kan betegnes som alvorlig.

Samtale som verktøy

Vi som jobber innen psykisk helse og rusomsorg/behandling har samtalen som verktøy, ikke alt kan ordnes med stetoskop og pannespeil. Alle trenger vi respekt og anerkjennelse for å bli hele mennesker. For å delta i samfunnet på skole og i arbeidsliv. Vi vet at såkalt «lettere psykiske lidelser» kan lamme et liv.

Så stå på Skavlan – snakk med pasientene dine. Da kommer de nok både titt og ofte og du får god inn-

sikt i deres helsebehov både fysisk og psykisk! ■

Innlegget har tidligere stått på trykk i Agderposten. Det ble skrevet som en kommentar til Jørgen Skavlans framstilling av nordmenns helse, da han innledet under Arendalsuka.



FASTLEGE: Jørgen Skavlan er lege og foredragsholder. Foto: Luca Kleve-Ruud / Samfoto.

Oppdag Sykepleiens digitale verden

Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin.

Gå inn på www.sykepleien.no

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.



Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien, men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).



Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er tilpasset mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!



Kontakt oss om du trenger hjelp:

bss@nsf.no / 22 04 33 33
(hverdager 08.00–15.45)



Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.



Sykepleien

Mørketidskonferansen

Eldre og psykisk helse er tema for mørketidskonferansen i Tromsø 18.–19. november.

Det er en stor glede for oss igjen å ønske velkommen til mørketidskonferansen i Tromsø. Vi har ønske om å følge opp den vellykkete konferansen fra november 2013 med fokus på eldre, psykisk helse og rus. Temaene for konferansen vil rette seg mot opplevelsene av ensomhet og isolasjon hos eldre og noen av konsekvensene av dette i form av meningsløshet, rus, selvmordsproblematikk m.m. Samtidig er vår intensjon å fokusere på at mange har en god psykisk helse og lever meningsfulle liv i denne delen av livsløpet. Vi ønsker at formidlingene skal synliggjøre

noe av det mangfoldet vi står i innenfor områdene psykisk helse, rus, alderdom og demens i den virkelighet vi lever i.

Programmet vil inneholde både plenums- og parallellsesjoner med ulike vinklinger og perspektiver. Vi håper også at programmet engasjerer deltakerne på konferansen til deling av erfaringer og refleksjoner rundt tematikken. Vi håper at programmet gjennom ulike perspektiver vil sette fokus på brukere og pårørende, folkehelse og helsefremmende arbeid, fag- og erfaringskompetanse og forskning som er relatert til temaene.

Konferansen arrangeres av Norsk Sykepleierforbund og NSF`s faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR).

Igjen, velkommen til spennende faglige og sosiale dager i Tromsø. Vi gleder oss! Det vil vi gjerne at du også skal gjøre!

Arrangementskomité

Kurt Lyngved – leder SPoR, Svein Roald Schømer-Olsen – NSF, Brita Kvamme – SPoR Troms, Hilde Nicolaisen – Troms Kommune, Kjersti Øvernes – landsstyret SPoR, Olav Bremnes -landsstyret SPoR.

TROMSØ

Tromsø by representerer mørketiden på denne tiden av året, den er den største byen i Nord-Norge, den sjuende største bykommunen og den niende største byen i Norge. Siden omkring 1840 har byen hatt tilnavnet «Nordens Paris».

Byens største arbeidsplasser er Universitetet i Tromsø (UiTø) og Universitetssykehuset Nord-Norge. Framsenteret ble opprettet 29. september 2010 og huser blant annet Norsk Polarinstitutt, som har sitt hovedsete i Tromsø. Nordlysobservatoriet ble opprettet i 1928, og to bedrifter tilknyttet Kongsberg Gruppen henter ned satellittdata fra verdensrommet på oppdrag fra inn- og utland. Fiskeindustrien har stor betydning. Norges Råfisklag og Eksportutvalget for fisk har sine hovedkvarter i Tromsø. Også SpareBank 1 Nord-Norge har sitt sete i byen. Tromsø er sete for Troms fylkeskommune, Fylkesmannen

i Troms og flere mindre institusjoner, og omkring 50 % av arbeidsplassene er i offentlig sektor.

Tromsø kommune fikk sin nåværende utstrekning 1. januar 1964, da bykommunen ble slått sammen med nabokommunene Tromsøysund, Hillesøy og Ullsfjord. Tromsøregionen består av kommunene Tromsø og Karlsøy, og er siden 2003 en av 16 byregioner i Norge. Siden 2010 inngår kommunene Tromsø, Karlsøy og Balsfjord i Tromsø-området regionråd. Tromsø kommune hadde 70 818 innbyggere per 1. april 2013, men med tilstrømmingen av studenter bor det over 75 000 mennesker i kommunen store deler av året. Rundt 58 000 mennesker bor i bymessige strøk, mens resten bor spredt over hele kommunen.

Her er foreløpig program
for konferansen:

ONSDAG 18. NOVEMBER	
08.30	Registrering
09.30	Åpning av konferansen ved NSF og faggruppen SPoR
10.00	Innovativ aldring. Anlov P. Mathisen, Skribent og forfatter
10.45	«Menneske – Mysterium, verdighet og livsmulighet». v/ Dag Erik Hagerup
11.30	Pause m/ Brain food
11.45	Menneskerettigheter og rettigheter til eldre, Helene Aksøy, spesialrådgiver NSF
12.30	Lunsj
13.30	«Hvordan forholde seg til rus hos de godt voksne?» v/ Erik Torjussen, erfaringskonsulent
14.15	Pause.
14.30	«Alkoholrelaterte problemer blant eldre – utviklingsstrekk og strategier for identifikasjon og hjelp», v/ Sverre Nesvåg, forskningsleder v/SUS
15.15	Pause m/ Brain food
15.30	Parallellsesjoner / frie foredrag (Se mer informasjon under)
17.00	Avslutning av fagprogrammet
20.00	Festmiddag på Radisson Blu

TORS DAG 19. NOVEMBER	
08.30	Åpning av dagen ved faggruppene. Kulturelt innslag
08.45	Hvem har ansvaret for kartlegging / diagnostisering og behandlingen av eldre personer med psykisk sykdom? Birger Lillesveen, Fagsjef v/ Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse
09.30	Pause
09.45	Eldre, alkohol og legemiddelbruk – utfordringer i pleie og omsorgstjenestene? Liv Flesland: Psykiatrisk sykepleier
10.30	Pause
10.45	Alkoholintervensjon i somatikken, hvordan tematisere alkoholoverforbruk i møte med den eldre pasient? Nathalie Idsøe, ruskonsulent / sykepleier ved SUS
11.30	Lunsj
12.30	Helse, rus og vanedannende legemidler. Utfordringer sett fra Alderspsykiatrisk avdeling i Tromsø. Line Hege Stelander, psykiater ved UNN
13.15	Pause
13.30	«Mine naboa e mine største gjesta». Om samhandling mellom pasienter, spesialisthelsetjeneste og lokale aktører i Nord-Troms. Ida Bakkejord Musum–psykiatrisk sykepleier og DPS leder i Nord- Troms
14.15	Avslutning av konferansen



Foto: Robert Grenha/NRK



TROMSØ: Bli med på mørketidskonferanse. Foto: Robert Greiner/NRK.

Foredragsholdere

Anlov P. Mathisen er skribent og forfatter. Informasjonsleder i Mental Helse, styreleder i Fønix ruspolitisk tenketank og tidligere leder av gatemasinet = Oslo.

Birger Lillesveen er psykiatrisk sykepleier og fagsjef Alderspsykiatri v/ Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse. Han leder også Alderspsykiatrisk kompetansesenter i Sykehuset Innlandet HF. Han har helt fra starten av sin sykepleierkarriere jobbet med eldre både i sykehjem og psykiatrisk sykehus, det meste av tiden som leder.

Helene Aksøy arbeider som spesialrådgiver i Fag- og helsepolitisk avdeling, Norsk Sykepleierforbund. Aksøy har lang erfaring og høy kompetanse på helse- og omsorgstjenester til eldre. Hun har et stort engasjement for å sikre eldre likeverdige tjenester og god sykepleie innen psykisk helse- og rus.

Erik Torjussen er brukermedvirker i organisasjonen A-larm. Han er leder av BrukerROP i Helsedirektoratet og medlem i gruppene som arbeider med utarbeidelsen av Nasjonale retningslinjer for avrusning og behandling. Han er tilknyttet Nasjonal kompetansetjeneste TSB i forbindelse med kartlegging av brukermedvirkning i behandlingssituasjoner innenfor TSB.

Sverre Nesvåg er Dr.philos. i sosialantropologi og arbeider som forskningsleder ved KORFOR og Førsteamauensis II ved Senter for rus av avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo. Han har tidligere vært ansatt ved Rogalandsforskning/IRIS og Rogaland A-senter og har 16 års erfaring fra rusmiddelforskning.

Dag Erik Hagerup (f. 1963) er utdannet Filosof ved Universitetet i Tromsø og Filosofisk Praktiker ved Norsk selskap for filosofisk praksis i Oslo. Har arbeidet innenfor psykiatri og rusfeltet i mer en tju år. I dag ansatt ved Fagutviklingsenhet Rus og Psykiatri ved Universitetssykehuset i Tromsø. Arbeider med en doktorgrad som ser på sammenhengen mellom refleksjon/dialog og utvikling av praksis og praktisk kunnskap. Driver en «Filosofisk Praksis» i Tromsø.

Liv Flesland er psykiatrisk sykepleier med videreutdanning i HMS og Master i organisasjon og ledelse. Har 25 års erfaring fra rusfeltet, i Stiftelsen Bergensklinikkene, der hun både har jobbet klinisk og vært leder. Har siden 2006 vært ansatt som spesialkonsulent på regionalt kompetansesenter rus (KoRus vest Bergen). Oppgavene er å bistå kommuner og spes. helsetjenester i Hordaland og Sogn og Fjordane med å

utvikle kompetanse på rus. Har erfaring fra sykehjem og hjemmetjeneste.

Nathalie Idsøe: Ruskonsulent/sykepleier, Rus-Psykiatri-Somatikk Teamet, Stavanger universitetssjukehus. Har siden 2007 jobbet ved ulike rusinstitusjoner innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (tsb). Har de siste tre årene arbeidet med alkoholintervensjon ved somatiske sengeposter.

Line Hege Stelander er spesialist i psykiatri og har arbeidet som overlege ved Alderspsykiatrisk avdeling siden 2011. Hun har jobbet både ved sengeposten og i poliklinikk og har ambulert til DPS/kommunehelsetjenesten i Finnmark. Hun har også jobbet 1 år ved Rus- og psykiatriposten (RoP) på Åsgård. Fra 2004–2009 har hun jobbet i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, både på akuttpost, avdeling for spiseforstyrrelser og i poliklinikken (BUP). Hun er utdannet i Tromsø

Ida Bakkejord Musum er psykiatrisk sykepleier og DPS leder i Nord- Troms. Arbeidet nesten 30 år i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne. Erfaring fra VOP som behandler og fagutvikler. Tilknyttet SEPREP som fagutvikler i 5 år–de siste 6–7 år DPS leder med ansvar for BUP, døgnenheten og VOP som hun er enhetsleder for. ■



Ulik diagnose – likt pasientforløp

Enten pasienten har kreft, kols, psykoselidelse eller en ROP-lidelse, er måten vi samhandler på lik.

Pasientforløp viser hvordan pasienter får helsehjelp og hvem som er involvert i vurdering, utredning, behandling og oppfølging.

80–90 prosent likt

Det er pasientens funksjonsnivå som er avgjørende for hva pasienten trenger av tiltak, og i mindre grad diagnosen – uavhengig av om det er somatikk eller psykisk helse og rus. Når en beskriver et pasientforløp, vil cirka 80–90 prosent av samhandlingen i pasientforløpene være relativt lik. De siste prosentene krever mer fagspesifikk kompetanse knyttet til ulike diagnoser.

Kommuner og helseforetak er sektororganisert, og samarbeider for lite på tvers. Det er en stor utfordring for spesialisthelsetjenesten, fordi organiseringen av behandlingstilbudet er organ- eller diagnoseorganisert. Det fører lett til en argumentasjon om at vår pasientgruppe er så spesiell, og må ha sine egne rutiner. Også i kommunene skjer dette, hvor en ofte skiller mellom somatikk og psykisk helse og rus.

Noen eksempler

Eksempler på rutiner som kan være felles på tvers av kommuner og helseforetak er samarbeidsmøter, ambulante tjenester, rådgivning, veiledning, ansvarsgruppearbeid, individuell plan, koordinatorfunksjon, koordinerende enhet, elektroniske meldinger, pasient- og pårørendeopplæring, henvisninger og epikriser. Slike rutiner bidrar til å avklare ansvarsfordeling, og gir en felles forståelse av hvordan en skal samarbeide og hva en kan forvente av hverandre.

Frigjør ressurser

I dag er det mye oppmerksomhet på å få utarbeidet pasientforløp for de fleste diagnoser som har et visst volum, og det er et ressurskrevende arbeid. Jeg mener man heller bør bruke ressursene på å beskrive hvordan samhandlingen skal være, og så kan en i tillegg beskrive hva som er spesifikt for de ulike diagnosegruppene. Det kan føre til en større forståelse på tvers av de ulike fagenheter i kommuner, NAV og helseforetak.

For pasienten er det viktig at til-

tak blir iverksatt og fulgt opp, ikke hvem som utfører dem.

Bringe de involverte sammen

For å møte dette behovet må personell som er involvert i pasientforløpet fra kommuner, NAV og helseforetak møtes for å avklare ansvarsområder og forventninger til hverandre. Brukere og pårørende må inviteres med i dette arbeidet, da de har erfaring med hvordan tjenestene fungerer, og hva som bør endres for å utvikle mer helhetlige tjenester.

Nøkkelen er å skape en god arena for dialog mellom de som er involvert i samhandling, og i samarbeid beskrive denne delen av pasientforløpet.

Innlegget er tidligere publisert på sykepleien.no.

Om forfatteren

Olav Bremnes har arbeidet med samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetak, og oppfølging av disse knyttet til Samhandlingsreformen.

Han har også arbeidet som prosjektleder i et fireårig samhandlingsprosjekt mellom kommunene, NAV, Helse Nord-Trøndelag og Mental Helse (2010–2014). ■

Viktig kunnskap om å hjelpe seg selv

Selvorganisert selvhjelp er mer enn «hjelp til selvhjelp» – det er behov for informasjon og kunnskap.

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



RESSURSSTERKE: Alle mennesker har iboende ressurser som kan aktiveres, gjenerobres og mobiliseres, når livsproblemer oppstår. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Vi kompetansesenteret Selvhjelp Norge har informasjons- og kunnskapsformidlingsarbeid som vår primære oppgave.

Arbeidet skal bidra til at befolkning og tjenesteapparat har kunnskap som gjør selvorganisert selvhjelp til en reel mulighet. Arbeidet er en ressurs for det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet.

Det er liten tvil om at selvhjelp og selvhjelpsgrupper virker, og visjonen for Nasjonal plan for selvhjelp 2014–2018 (IS-2168) er at alle i Norge skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan verktøyet kan tas i bruk.

I hverdagen

En deltaker i en selvorganisert selvhjelpsgruppe sier det slik: «Jeg opplever at de andre deltakernes erfaringer gir meg et nytt perspektiv på mine egne problemer. Perspektiv jeg ikke har sett eller tenkt på før.»

En annen forteller om sin deltakelse på denne måten: «Grappa blir en øvingsarena der jeg kan lære meg å takle vanskelige følelser og situasjoner.»

Mange mennesker opplever stort utbytte av å bearbeide egne problemer sammen med andre i en selvorganisert selvhjelpsgruppe. Selvorganisert selvhjelp er et viktig verktøy også utenfor arbeidet i gruppa. Selvhjelpskunnskapen åpner muligheter for å jobbe med håndtering og endring i hverdagen.

Med dette som bakteppe blir informasjon og kunnskapsformidling helt sentralt.

Iboende ressurser

Selvhjelp handler om en grunnleggende anerkjennelse om at alle mennesker har iboende ressurser som kan aktiveres, gjenobres og mobiliseres, når livsproblemer oppstår. Gjennom selvhjelpsarbeid tar mennesker disse ressursene i bruk.

Selvorganisert selvhjelp handler ikke om å klare enda mer alene. Det handler om å ta i bruk egne krefter og egen kunnskap sammen med andre i et

gjensidig forpliktende fellesskap.

For alle yrkesgrupper som jobber med mennesker, er «hjelp til selvhjelp» eller «hjelp til selvhjelpenhet» et viktig grunnlag. Målsetting med hjelpen man yter er å bidra til at mennesker selv mestrer eget liv.

Selvorganisert selvhjelp er noe mer. Det er det folk selv gjør for å komme videre i sitt liv, ofte i gjensidige fellesskap med andre i form av en selvhjelpsgruppe.

Eget ansvar

Nasjonal plan for selvhjelp skriver følgende om selvorganisert selvhjelp: «Selvorganisert selvhjelp handler om å ta aktivt ansvar for egen livssituasjon. Arbeidet drives på initiativ fra menneskene det gjelder, og selvorganiserte selvhjelpsgrupper drives av mennesker som har et problem.»

Forskjellen mellom «hjelp til selv-

«Det handler om å ta i bruk egne krefter og egen kunnskap.»

hjelp» og selvorganisert selvhjelp ligger altså i egenansvaret og det faktum at arbeidet bygger på den kunnskap og den erfaring mennesker har fra eget liv, ikke på tilførsel av kunnskap utenfra.

I tillegg kommer er selvorganiserte selvhjelpsgrupper et gjensidig fellesskap, uten deltakelse fra profesjonelle.

Selvorganisert selvhjelp, i og utenfor grupper, styrker tjenesteapparatets arbeid med «hjelp til selvhjelp».

Folkehelse

Arbeidet med Nasjonal plan for selvhjelp 2014–2018 er forankret i norsk folkehelsepolitikk. Det er tverrpolitisk enighet i Stortinget om at selvorganisert selvhjelp er en viktig del av folkehelsearbeidet.

Politikken legger føringer for selvhjelpsarbeidet lokalt, og når folkehelse settes på dagsorden hører selvorganisert selvhjelp med.

Om Selvhjelp Norge

- Et nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp.
- Drives av Norsk selvhjelpsforum på oppdrag fra Helsedirektoratet.
- På nettsidene finner du blant annet nyheter, informasjonsmaterieell og oversikt over lokale kontaktpunkter.
- Nett: www.selvhelp.no
- Epost: post@selvhelp.no
- Telefon: 23 33 19 00

Folkehelse er rent vann og ren luft, sikre veier og mulighet for fysisk utfoldelse, men også psykisk helse og mestring. Derfor er selvorganisert selvhjelp et tilskudd.

Gjennom forordet i Nasjonal plan for selvhjelp 2014–2018 løftes verdien av arbeidet fram: «Nye og komplekse problemer må møtes med nytenkning. Selvhjelpsgrupper og selvhjelpsfor-

ståelse er en tilvekst i arbeidet for å utvikle velferdssamfunnet og bidra til å løfte det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet».

Informasjonsoppgave

Selvorganisert selvhjelp er et klokt valg for mange når endring er nødvendig. For at flere skal finne fram til muligheten er kunnskap avgjørende. Ansatte i alle tjenester har derfor en informasjonsoppgave.

Tjenesteapparatets jobb er å gi mennesker man er i kontakt med, konkret informasjon og forståelse av selvhjelp som en mulighet både før, under og etter behandling.

Helsedirektør Bjørn Guldvog avslutter forordet i den nasjonale planen slik: «Selvhjelp fratar ikke det offentlige ansvar for å tilby hjelp når dette er påkrevd. Det er et supplement. Det offentlige oppgave er



INFORMASJONSARBEID: For at alle som trenger det skal kunne dra nytte av mulighetene som ligger i selvorganisert selvhjelp, er spredning av informasjon og kunnskap vesentlig. Illustrasjonsfoto: Colourbox

å legge til rette for informasjons- og kunnskapsformidling som bidrar til at selvhjelpsarbeidet kan vokse og utvikle seg lokalt».

Styrke tjenestene

For å spre informasjon må en selv ha kunnskap. Selvhjelp Norge kan være med å styrke tjenestenes kunnskapsgrunnlag om selvorganisert selvhjelp.

Tjenesteapparatet informerer best ved å skape dialog med mennesker om selvorganisert selvhjelp. Dialog får fram spørsmål og er med på å skape tillit til selvhjelpsarbeidet. Hvert enkelt menneske må gis mulighet til å forstå selvorganisert selvhjelp ut fra seg selv og sin egen situasjon.

Selvhjelp Norge ser det som vår oppgave å sette tjenesteapparatet i stand til å spre kunnskap og informere om selvorganisert selvhjelp. Det er vårt mandat gjennom Nasjonal plan for selvhjelp. Vi oppfordrer personell til å sette seg inn i og ta Selvhjelp Norges informasjonsmaterieill i bruk.

Det finnes en rekke lokale kontaktpunkt for selvhjelp i hele landet, stadig flere kommer til. Kontaktpunkt bidrar med informasjon og legger praktisk til

rette for folk som ønsker å gå i en selvhjelpsgruppe.

Forskning på dagsordenen

Siden den første nasjonale planen for selvhjelp kom i 2004 har forskning vært på dagsordenen. Forskningsprosjektene har vært koordinert fra Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR). Det har vært sett på ulike problemstillinger, som hva som skal til for å etablere selvhjelpsarbeid lokalt, selvhjelpsarbeidets utvikling i Norge og hvordan mennesker opplever nytte av å delta i selvorganiserte selvhjelpsgrupper.

Sosialantropolog Nora Gotaas fra NIBR uttalte midtveis i forskningsprosjektene: «I det pågående forskningsprosjektet ser vi at i selvhjelpsprosesser over tid er virkningen for deltakerne økt livskvalitet gjennom bedre problemhåndtering. Det fører ikke alltid til at problemet objektivt sett blir mindre, men det får mindre destruktiv betydning i livssituasjonen. Livsproblemer av ulik type blir mer håndterlige.»

Inspirerende konferanse

Kompetansesenteret Selvhjelp Norge arbeider ut fra en desentral modell, med

et hovedkontor i Oslo og sju distriktskontorer rundt om i landet. Med en slik organisering er kunnskap tilgjengelig for alle.

Distriktskontorene bidrar kostnadsfritt med fagdager, åpne møter og seminarer og sprer erfaringsbasert kunnskap om selvhjelpsforståelse og arbeid i selvorganiserte selvhjelpsgrupper.

I år deltok Selvhjelp Norge på Spors landskonferanse 4.–5. juni i Drammen. Vi hadde stand og var i dialog med deltakere.

Konferansen opplevdes inspirerende og handlet om «Livskvalitetens betydning for helsen, hva kan vi bidra med?» Det er nettopp det å oppnå livskvalitet, selvhjelp dreier seg om, om det er «hjelp til selvhjelp» og/eller «selvorganisert selvhjelp».

Oppsummering

Informasjon og kunnskap er viktig for at flere mennesker skal dra nytte av mulighetene som ligger i selvorganisert selvhjelp.

Selvhjelpsarbeid utløser erfaring og kunnskap vi som samfunn har tatt i bruk i for liten grad. Å ta disse i bruk, vil være med på å sikre velferd også i årene som kommer. ■



En travel fagpolitisk høst

En opptrappingsplan for rusfeltet, innføring av fritt behandlingsvalg samt pakkeforløp innen psykisk helse er politiske grep som vil sette sitt preg på de nærmeste årene.

Dette er en travel høst for NSF som organisasjon. Landsmøtet går av stabelen, politikk utformes og kandidater stiller til valg. Samtidig er regjeringen i ferd med å lansere og sette sin politikk ut i live. Ikke minst innenfor fagfeltene psykisk helse og rus.

Opptrappingsplan for rusfeltet har vært varslet lenge og lanseres i høst. Vi har fått høre noe. Regjeringen har også lansert pakkeforløp innen psykisk helse. Erfaring er hentet fra Danmark og kreftbehandling i Norge.

Opptrappingsplanen

Når det gjelder opptrappingsplanen for rusfeltet har regjeringen varslet at det vil komme 2,4 milliarder fordelt på fem år. Hovedinnsatsen vil bli rettet mot kommunesektoren. I tillegg fortelles det om en vekst i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Det er antydning å bruke 770 millioner kroner innen år 2020.

Ut over dette kommer også utgifter til fritt behandlingsvalg. Under valgkampen fastslo helse- og omsorgsminister Bent Høie at rusfeltet vil bli tilført godt over tre milliarder kroner de neste fire årene.

Hovedinnsatsområde i opptrappingsplanen er forebygging, behandling, ettervern og oppfølgingstjenester. Pengene vil bli gitt dels som øremerkede midler, og dels som frie midler.

Blant annet skal det satses på bolig, arbeidstrening, etablering av mottaks-senter i de store byene, forsterket rusbehandling under soning. Høie har sagt at regjeringen vil legge frem en plan etter modell av opptrappingsplanen innen psykisk helse.

Statsbudsjettet

I regjeringens forslag til statsbudsjett for 2016, som ble lagt fram 7. oktober, var det satt av 400 millioner i frie midler til russatsning i kommunene. Videre var det satt av 30 millioner i øremerkede midler til MO-sentre og lavterskel substitusjonsbehandling. Selve opptrappingsplanen vil bli lagt fram i egen stortingsproposisjon i løpet av høsten.

Det blir viktig i tiden som kommer at hver enkelt av oss følger med. Vi må bidra til å sikre at opptrappingsmidlene blir brukt der de skal. (Se også NSF-innspill til opptrappingsplanen på www.nsf.no og Torhild Kiellands blogginnlegg om www.rusfeltet.no.)

Pakkeforløp

Nå kommer også pakkeforløp innen psykisk helse. Til tross for et navn som skaper motstand hos mange, er det god grunn til ikke å dra forhastete slutninger.

Hensikten er å etablere helhetlige, koordinerte og sammenhengende tjenester innen psykisk helsevern. NSF

har derfor stilt seg positiv til initiativet fra regjeringen. Det er et tydelig signal om at den anerkjenner psykisk helsevikt på linje med alvorlig somatisk sykdom.

NSF håper at pakkeforløp/standardiserte forløp kan bidra til å sikre forutsigbarhet for pasienten gjennom en god utredning, og god behandling.

NSF er opptatt av at individuelle rettigheter og behov må ivaretas. Pakkeforløp innen psykisk helse må gi fleksibilitet som sikrer individuelle tilnærminger og god pasientmedvirkning. Erfaring fra Danmark viser at noen grupper faller utenfor og, uavhengig av system, må fanges opp.

Videre må det tas hensyn til at noen grupper er vanskelig å diagnostisere, eller ikke ønsker å la seg diagnostisere, og enkelte utredning- og behandlingsforløp er tidkrevende.

I tillegg kan det være faglig uenighet om behandlingsforløpet. (Les også Asle Hoffart og Sverre Urnes Johnsons debattinnlegg i Morgenbladet fra 25. september: «Bedre med pakkeforløp enn selvstandardisering»).

NSF har på sin side uttalt at pakkeforløp forutsetter tydelig ledelse og prioritering, god faglig utøvelse og forløpskoordinering og gode systemer på logistikk og IT.

Med ønske om en god fagpolitisk høst! ■

En helhetlig tilnærming i psykisk helsearbeid

Salutogenese kan gi et felles, tverrfaglig kunnskapsgrunnlag for psykisk helsearbeid.

Av **Eva Langeland**, dr.polit., psykiatrisk sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen

Helse er mye mer enn lavest mulig grad av lidelse.

Det handler også om å satse på å øke og investere i helsefremmende faktorer. Helse kan ikke bli fremmet ved bare å unngå, forebygge og behandle problemer. For å fremme psykisk helse må man skape emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære, og da er selve personen, i samspill med omgivelsene, det sentrale.

For eksempel trenger en selvmordstruet person, i tillegg til tiltak som hindrer personen i å ta sitt eget liv, hjelpere som tilrettelegger for at vedkommende ser mening med å leve.

Opplevelse av sammenheng

Kunnskapen om salutogenese (av «salus» – helse og «genesis» – opprinnelse eller tilblivelse) kaster i så måte lys over hvordan man kan fremme psykisk helse. Via hovedbegrepet «opplevelse av sammenheng» (OAS) gir salutogenese oss en grunnleggende og generell beskrivelse av hvordan man kan skape mestring (Antonovsky, 1987).

Sosiologen Antonovskys store forskningsfunn var at mennesket opplever virkeligheten i form av forståelse, håndterbarhet og mening, som til sammen utgjør OAS og bidrar til mestring og helse. Dette gjelder spesielt psykisk helse.

Det er en helhetlig og tverrfaglig teori, som representerer et nytt perspektiv på velvære ved å rette oppmerksomheten mot det å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til stressende indre og ytre omgivelser (Antonovsky, 1979).

Siden salutogenese er en generell teori, vil det å arbeide innenfor en salutogen referanseramme kunne innebære at en må bruke andre mer spesifikke teorier eller teknikker for å belyse og utdype teorien (Langeland, 2014).

Teorien sier for eksempel at kvaliteten på sosial støtte er en avgjørende motstandsressurs, uten å utdype begrepet sosial støtte nærmere. Weiss (1973) derimot identifiserer ulike behov mennesket kan få dekket i kvalitativt gode relasjoner. Langeland mfl. (2007) bruker derfor Weiss som støttet teori for å utdype denne delen av teorien.

OAS og motstandsressurser

OAS er en grunnleggende holdning som uttrykker i hvilken utstrekning man har en gjennomgående og stabil, men likevel dynamisk følelse eller tillit til at

- stimuli som stammer fra ens indre eller ytre omgivelser i livet er strukturerte, forutsigbare og forklarlige (forståelighet)
- ressurser er tilgjengelige, slik at en kan møte kravene disse stimuli setter (håndterbarhet)
- kravene oppleves utfordrende, verdt investering og engasjement (mening) (Antonovsky, 1987)

Alle mennesker har, og søker etter, en opplevelse av sammenheng som utvikler seg gjennom livet, selv om innholdet i ens forståelse, håndterbarhet og mening vil være forskjellig basert på individuelle, kulturelle og moralske forskjeller.

Salutogenese-teorien er tverrfaglig, og Antonovsky argumenterer derfor for at enhver profesjonell helse-



MESTRINGENS MESTER: Salutogenese gir en grunnleggende og generell beskrivelse av hvordan man kan skape mestring. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

og sosialarbeider bør inkludere mål i deres kliniske praksis som fremmer personers og gruppers OAS (Antonovsky, 1987).

En konstruktiv og meningsfull virkelighet

En klok person har sagt: For å se virkeligheten klarere, må man vende seg bort fra det man har vendt seg til å betrakte som virkeligheten. Psykisk helsearbeid handler om å være kreativ sammen med den det gjelder, for å skape en konstruktiv og meningsfull virkelighet.

I henhold til salutogenese er det spesielt tre faktorer som er viktig å vie oppmerksomhet: Personen må hjelpes 1) til å forstå sin egen situasjon, 2) til å se hvilke ressurser hun eller han har å spille på, samt 3) til å investere i områder som gir mening.

Et helt menneske

Et konkret eksempel på hvordan man kan utvide sin forståelse, finner vi hos en kvinne som led av depresjon. Hun var deltaker i en salutogen samtalegruppe, og temaet var hvordan man i samspill med omgivelsene kunne fremme egen helse og trivsel i hverdagen.

Plutselig sier kvinnen: «Å ja! Jeg kan tenke helse, selv om jeg sliter med depresjon!»

Kvinnen var så «fanget» i sin egen diagnose at hun ikke opplevde noen alternativer. Ved en aha-opplevelse fikk hun et nytt innhold og fokus i livet. Dermed utvidet hun sin forståelse og bevisstgjøring av hva hun selv i samspill med andre kunne gjøre for å positivt påvirke sin trivsel i hverdagen. I gruppen ble hun sett og hørt som et helt menneske, og dermed ble hun påvirket til å forstå seg selv som det.

Bevisstgjøring og tilrettelegging

Håndterbarhet handler om en bevisstgjøring og bruk av ressurser i deg, eller rundt deg. Det kan for eksempel være kultur, friluftsliv, musikk, relasjoner, mestringsstrategier og tilegnelse av kunnskap.

Mening er den viktigste dimensjonen i opplevelse av sammenheng. For å fremme mening må psykisk helsearbeider tilrettelegge for at personen kan bli kjent med egne følelser, investere i relasjoner, hovedaktiviteter (interesser) og eksistensielle tema som for eksempel verdier (Antonovsky, 1987). I salutogene samtalegrupper har deltakerne hjemmeoppgaver med utgangspunkt i disse områdene (Langeland, 2011).

Teorien om salutogenese identifiserer personlige og kollektive motstandsressurser som kan

«Helse er mye mer enn lavest mulig grad av lidelse.»

fremme mestring av spenning i krevende situasjoner. Jo høyere grad av personlige og kollektive motstandsressurser en har tilgjengelig og kan anvende, jo bedre OAS og høyere grad av helse vil en oppleve.

Identifisering av motstandsressurser

Fordi samspillet mellom person og omgivelser alltid vil være i forandring, er det ikke mulig å gi en fullendt liste over alle mulige motstandsressurser.

Antonovsky (1979, s. 99) formulerte derfor føl-

gende definisjon av motstandsressurser, som være til hjelp i identifiseringen av slike: «Enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning.»

I tillegg identifiserte han følgende eksempler på hovedområder for motstandsressurser: Kunnskap og intelligens kan forstås som kognitive ressurser. Kunnskap gir innsikt, og oppmerksomheten blir rettet tydeligere mot bevisste valg. Bevisste valg, handling og øvelse fremmer opplevelse av mestring og styrker identitet. Kulturen gir hver av oss en plass i verden.

OAS kan bli styrket i en kultur som setter folk i stand til sosial deltakelse, som for eksempel deltakelse i sosial beslutningstaking, kunst, håndverk/håndarbeid, sang, musikk, friluftsliv, hagearbeid og ulike typer idrett.

Kontinuitet, oversikt og kontroll er makrososio-kulturelle motstandsressurser, som bestemmes av kulturen og samfunnet som personen er en del av. Religion og verdier er områder som gir retning og mening i livet. Fysiske og biokjemiske motstandsressurser kan for eksempel være god fysikk, gode gener og et sterkt immunsystem. Åpenbare motstandsressurser som hører inn under hovedområdet materielle verdier, er for eksempel ernæring, klær, penger og bolig. Mestringsstrategier som er kjennetegnet av rasjonalitet, fleksibilitet, vidsyn og forutsigbarhet,

«Kunnskap og intelligens kan forstås som kognitive ressurser.»

inkludert evne til regulering av følelser, er et viktig hovedområde for motstandsressurser.

Til slutt, men desto viktigere, er identitet og kvaliteten på sosial støtte, avgjørende motstandsressurser. Identitet dannes i samspill med andre mennesker: Hvordan ser du på meg? Hvordan behandler du meg?

Professor i sosialmedisin Per Fugelli skrev følgende i en kronikk i Dagbladet for et par år siden: «Det går ikke an å leve i individuelt isolat. Du blir dannet av måten du danser med flokkene dine på. Derfor blir egenskapene til felleskapene våre så viktige.»

Identitet og kvaliteten på sosial støtte står altså i et gjensidig samspill.

Synet på spenning og stress

Salutogenese bygger blant annet på at spenning og

anstrengelse er potensielt helsefremmende. Stress kan ikke ubetinget betraktes som negativt, fordi stress under visse forutsetninger kan være helsebringende. Stressfaktorer er allestedsværende, men noe vi søker å overvinne (Langeland, mfl., 2007, Langeland, 2011, 2015).

Heterostase, det vil si mangel på balanse og tilstedeværelse av lidelse, er en del av dagliglivet. Dette er i motsetning til patogenese, hvor idealet er homeostase (balanse) og hvor det derfor er viktig å unngå stressfaktorer. I salutogenese er derimot stressfaktorer forstått som naturlige stimuli og potensielt helsefremmende.

Ifølge Antonovsky er ikke velvære det samme som fravær av patogene faktorer. Stress skaper derimot behov for en endring, først i det kognitive systemet, ved for eksempel måten personen forstår virkeligheten på. Senere også på det atferdsmessige og sosiale plan.

Selvregulering av ulike stimuli er derfor en kontinuerlig prosess hvor man søker å oppnå velvære. Dette er igjen med på å forme vår identitet, som begynner med meningskomponenten (Magrin et al, 2006).

Helsefremmende stress

Langeland mfl. (2007, Langeland, 2011) vektlegger også betydningen av å forstå stress som potensielt helsefremmende, og fremhever betydningen av å oppleve passende utfordringer (balanse mellom over- og underbelastning). De vektlegger å skille mellom spenning og stress. Spenning er alminnelig og vanlig, mens stress oppstår når spenningen ikke blir løst på en tilfredsstillende måte.

I salutogene samtalegrupper er oppmerksomheten rettet mot å diskutere hva som er passende utfordringer for den enkelte sentralt.

Magrin et al (2006) vektlegger at et viktig steg i identitetsutvikling er å akseptere spenning og stress som et naturlig element i personlig vekst og utvikling. Personen opplever og erfarer da gapet mellom hva hun/han er og kan være, hva hun/han kunne ha vært og burde ha vært. Ved å konfrontere dette gapet heller enn å unngå det, kan folk utvikle seg og øke egne ressurser.

Aktiv mestring som ideal

Det hevdes at mennesket utsettes for en økt mengde stress i dagens samfunn, men at vi biologisk sett er hulepersonen som sitter foran pc-en. Dette gir oss en mengde problemer, men samtidig sier det noe om menneskets evne til aktiv tilpasning.

Det er vesentlig å vektlegge og poengtere kapasiteten som mennesket har til aktiv tilpasning. Innenfor patogenese (av pato – lidelse og genesis – opprinnelse eller tilblivelse) er idealet i behandling å stille rett diagnose for så å finne den magiske kule og helbrede pasienten.

Jormfeldt (2011) belyser, gjennom et eksempel, hvordan et diagnosefokus (patogenese) kontra et personfokus (salutogenese) kan utarte i klinisk psykisk helsearbeid.

Når man ser på diagnosen schizofreni fra et biomedisinsk ståsted, er medisinerings og pasientens etterlevelse (compliance) vektlagt. Det er lett å forstå at personens motivasjon for å opprettholde håp blir redusert i en slik kontekst.

I et salutogent perspektiv retter en oppmerksomheten mot personens egen opplevelse, inkludert egen historie, ønsker og erfaringer her og nå. Hvis medisinerings blir brukt, er det for å støtte personen i hennes/hans prosess i å nå sine mål.

Oppmerksomheten rettes mot aktiv mestring heller enn passiv tilpasning. I tillegg må behandling skreddersys basert på personens helhetlige behov og personlige mål.

En overgangsperiode

Det å ha et psykisk helseproblem kan forstås som er overgangsperiode som det kan komme vekst, utvikling og mestring ut av.

En klok person har sagt: Behandling handler om hvordan du behandler meg som person, inkludert helseutfordringen.

Personen har evner. Hvordan kan en sammen skape mulighetene for å bruke dem? Å øke psykisk helse er mulig om du tar sykdom og lidelse på alvor ved å sette helsefremming i sentrum. Dette gjøres ved å fremme



UTVIKLING: Psykiske helseproblemer kan være overgangsperioder det kan komme vekst, utvikling og mestring ut av. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

personens eller gruppens forståelse og håndterbarhet, og ved å tilrettelegge for at personen kan investere i områder som for henne/ham gir mening. Dermed økes emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære. ■

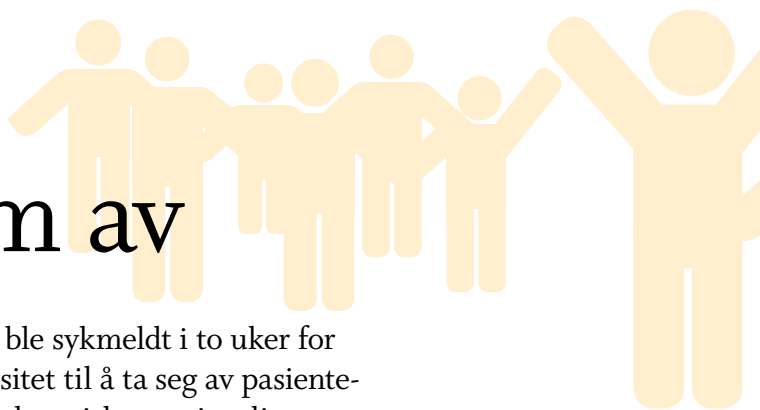
Referanser:

1. Antonovsky A. (1987). Unravelling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass USA
2. Antonovsky A. (1979). Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass USA
3. Jormfeldt, H. (2011). Supporting positive dimensions of health, challenges in mental health care. *International Journal of Stud Health Well-being*, 6, 7126 – DOI: 10.3402/qhv.vi2.7126
4. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Hanestad BR (2007). Promoting coping: salutogeneses among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*; 28:275-95
5. Langeland E. (2011). Salutogene samtalegrupper: En arena for økt mestring og velvære. I: Lerdal A, Fagermoen MS. eds. *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademiske Norge
6. Langeland, E. (2014). Salutogenese og psykiske helseproblemer – En kunnskapsoppsummering. Oppdrag fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <http://www.psykiskhelsearbeid.no/content/7288/NY-RAPPORT-Salutogenese-og-psykiske-helseproblemer--kunnskapsoppsummering-fra-NAPHA>
7. Langeland, E. (2015). Et filmforedrag om salutogenese. Regionalt kompetansesenter for pasient – og pårørende opplæring. Helse Sør-Øst <https://www.helsefilm.no/vi/film/details.aspx?filmid=90219>
8. Magrin, ME, Bruno, C., Gheno, S., Scrignarò, M., Viganò, V. (2006) The power of stress: a salutogenic model of intervention. I: Delle Fave, A. (Ed.): *Dimensions of well-being. Research and intervention*. (pp 470-488) Milano: FrancoAngeli
9. Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing onto others* (pp. 17–26). Englewood Cliffs



Av **Åshild Fause**, førsteamanuensis i sykepleie, UiT – Norges Arktiske Universitet

En krise å ta lærdom av



35 sykepleiere ved Åsgård Sykehus ble sykmeldt i to uker for tretti år siden. De hadde ikke kapasitet til å ta seg av pasientenes behov, maktet ikke å følge de yrkesetiske retningslinjene. En situasjon sykepleiere heller ikke kan leve med i dag.

Sykepleielederen ved Åsgård Sykehus krev et avisinnlegg i regionavisa Nordlys 14. januar, i 1985 der de hevdet at «åsgårdpasientene lider overlast hver eneste dag». Samme dag ble 35 sykepleierne, som da var ansatt ved sykehuset, sykmeldte i to uker. «Vi vil ikke lenger være medvirkende aktører i denne uforvarsomme driften av institusjonen», var begrunnelsen til sykepleierne. Hva var bakgrunnen for sykmeldingene og hvordan kan vi forstå det som hendte?

Hvordan kunne dette skje?

Åsgård Sykehus i Tromsø var et etter lengtet sykehus da de første pasientene ble innlagt der høsten 1961. I årene som fulgte utviklet sykehuset seg til å bli en

pasientbehandlingen synlig i hele landet. Sykehuset ble som et av få på landsbasis, vurdert som et trestjerners sykehus i 1978 (Hverdag, nr. 2 1978).

Mot slutten av 1970-tallet begynte dette gradvis å endre seg, som et resultat av økonomiske nedskjæringer og desentralisering av psykiatriske helsetjenester. En kunne til stadighet lese negative omtaler av Åsgård i dagspressen, enten det var snakk om økonomiske problemer, nedskjæringer, pasienter som rømte, branner og brann-tilløp eller at fagfolk forlot sykehuset.

Høsten 1984 var bare 35 av i alt 95 sykepleierstillinger besatt. (Nordlys, 17. januar 1985). I toårsperioden fra oktober 1982 til oktober 1984 hadde 89 sykepleiere (17 med spesialutdanning)

kortere enn seks måneder. Av de ni spesialsykepleierne som fortsatt var i arbeid høsten 1984, var fire ansatt i ledende stillinger. Sykepleiermangelen var med andre ord stor.

Som et resultat av endringene, måtte sykehuset leve med konstant overbelegg, stort forbruk av ekstravakter, mangel på fagutdanna personale og en foruroligende høy andel tvangsinnlagte pasienter og tvangsbruk sammenlikna med, for eksempel, Nordland psykiatriske sykehus i Bodø (Skar 1993). Antall tvangsinnleggelseser nådde en topp i juni 1984 da 77 prosent av pasientene var innlagt mot sin vilje. Politikernes og myndighetenes svar på krisa var stadige omorganiseringer som ifølge sykepleierne bare medførte merarbeid for avdelingssykepleierne med å skaffe data og tallmateriale til veie (Nordlys, 19. januar 1985).

Men krisa var ikke av ny dato. Mot slutten av 1970-tallet uttrykte både ledelsen og de ansatte bekymring over sengekapasiteten, som lå langt under landsgjennomsnittet. Mens kapasiteten i Oslo var på 1,2 per 100 000 innbyggere var den i Troms og Finnmark på 0,49 (Hansen, 1985). Ansatte hadde

«Femten sluttet før prøvetiden på seks måneder var over.»

attraktiv arbeidsplass og en smeltedigel for nytenkning. Sykehuset fikk mange nyutdannede og engasjerte fagfolk som tidlig tok initiativ til samarbeid med kommunene i Troms og Finnmark gjennom oppsøkende team. Og de gjorde

ulike ansettelsesforhold ved sykehuset. Av disse hadde 54 sluttet i perioden. Femten sluttet før prøvetiden på seks måneder var over. Av de 35 som jobbet der høsten 1984, hadde 22 vært ansatt i mindre enn to år og åtte sykepleiere



PROTEST: Hvilke muligheter har sykepleiere i dag til å si ifra om uholdbare forhold på jobben? Illustrasjon: Monica Hilsen.

ved flere anledninger uttrykt bekymring over at myndighetene reduserte kapasiteten ytterligere før tilsvarende tilbud var utbygd i kommunene. Samtidig er det viktig å understreke at de ansatte ved sykehuset ikke nødvendigvis var enige om hva som var den beste strategien for fremtidens psykiske helse-tjeneste. Mens noen var av den oppfatning at sentralstasjonen måtte beholde sengetallet, ønsket andre å legge ned institusjonen (undertegnede har selv gått i 1. mai-tog under parolen «Legg ned Åsgård Sykehus») etter inspirasjon fra nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene i Italia på slutten av 1970-tallet.

Hvilken interesse har dette i dag?

Det er tre forhold jeg vil løfte fram som viser hvordan kjennskap til det som skjedde, kan ha betydning for sykepleiere og andre faggrupper i dag. For det første viser hendelsen at de som har ansvaret for den døgnkontinuerlige ivaretagelsen av pasientene, trenger fagkunnskap for å kunne oppdage at de tjenestene de tilbyr ikke er tilstrekkelig. Den høye andelen tvangsinnlagte fortel-

ler om pasienter som ikke var motiverte for den behandlingen de ble tilbudt i sykehuset og som de ansatte måtte forholde seg til i den daglige oppfølgingen. Pasienter som etter et kort sykehusopphold ble utskrevet til hjemkommunen uten videre oppfølging, førte raskt til reinleggelse. Pasientenes håpløshet var tydelig i forhold til grunnleggende forhold i et menneskes liv, som sosialt nettverk, bolig, økonomi og arbeid. Sykepleierne hevdet at en forutsetning for å kunne hjelpe pasientene, var kunnskap og kapasitet til å møte deres angst, håpløshet og selvforakt. Ut fra den situasjonen Åsgård var i, hadde de ikke kapasitet til å ta seg av pasientenes behov. «Vi opplever daglig at vi ikke maktet å følge våre yrkesetiske retningslinjer», hevdet sykepleierne. Det kunne de som fagpersoner ikke leve med. En slik situasjon kan vel sykepleiere heller ikke leve med i dag?

For det andre forteller hendelsen om ledere som tok ansvar for sine pasienter og de ansatte de var satt til å lede. Det var sykepleieledelsen ved sykehuset som slo alarm og gjorde situasjonen på sykehuset kjent i offentligheten. De

kunne ikke lenger sitte å se på det som skjedde uten å foreta seg noe. Nettopp dette burde være interessant å vite, spesielt for unge sykepleiere som stort sett bare har erfaring med ledere som utviser lojalitet til økonomiske føringer og ser budsjett disiplin som sitt viktigste anliggende – eller som forventes å gjøre det. Dessuten har en ikke lenger sykepleiere i den øverste ledelsen av sykehus. Det gjenspeiles i hvert fall ikke i stillingsbetegnelsen. I dag har ledere i sykehus profesjonsnøytrale titler.

Sist, men ikke minst, kan hendelsen minne oss om hva som kan skje når faglighet ikke tas hensyn til. Symmeldinger er ikke et akseptabelt virkemiddel for å markere uenighet eller motstand, men kan bli en følge av langvarig slitasje fordi en som fagperson må gå på akkord med egen faglighet. Når andre midler ikke lenger nytter, er det å be om sykemelding ofte den eneste løsningen en ser. Det skjer også i dag. Vi er alle kjent med at ansatte i omsorgsykker har et større sykefravær enn øvrige sammenliknbare yrker. Det spesielle i denne hendelsen var at sykepleierne tok et kollektivt ansvar. De gjorde ikke det vi er vant til



i omsorgsyrker; at de ansatte blir sykemeldte etter tur når det røyner på. Det står derfor respekt av de sykepleierne som tok ansvar for pasientens verdighet og også belastningen i alt oppstyret som fulgte. Og oppstyr ble det! Sykepleierne møtte mye motstand og mistenkeliggjøring fra andre faggrupper; både leger, psykologer og ikke minst hos hjelpepleierne og pleiepersonale uten fagutdanning organisert i Kommuneforbundet (Nordlys, 18. Januar 1985).

Konsekvensene av sykmeldingene

Sykmeldingene gikk ikke upåaktet hen. De skapte stor debatt i lokalavisene. Ledelsen ved sykehuset etablerte, sammen med Troms fylke, raskt «luftbroer» og rekrutterte sykepleiere og psykiatere for en kortere eller lengre periode. Både Legeforening, Psykologforeningen og Sykepleierforbundet kom med henstillinger til kollegaer ved psykiatriske sykehus sørpå om å komme nordover og hjelpe til i en overgangsfase. Troms fylkesutvalg vedtok også å opprette en videreutdanning i psykiatrisk sykepleie ved Sykepleierhøgskolen i Tromsø og de første studentene begynte samme høst. I løpet av 30 år er det uteksaminert om lag 600 psykiatriske sykepleiere og helsearbeidere med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eller psykisk helsearbeid som i all hovedsak har bidratt til en godt fungerende psykisk helsetjeneste i kommunene i Troms og Finnmark – og ikke minst i UNN Åsgård som de siste årene har opplevd stor stabilitet blant sine fagfolk.

For å rekruttere flere sykepleiere, innførte ledelsen et kronetillegg på

kr 10 000 til sykepleierne. Det ble også etablert veiledningstilbud til de ansatte og sykepleiere utdanna seg til sykepleiefaglige veiledere. Samtidig økte antall barnehageplasser for ansatte i sykehuset. Alt i alt skjedde det flere ting som snudde stemningen ved sykehuset i en mer optimistisk retning. Flere av tiltakene hadde tidligere vært foreslått og diskutert både av sykepleierne, i ledelsen og av politiske myndigheter, men uten å bli tatt til følge. At tiltakene skjedde våren 1985, skyldes opplagt sykepleiernes «aksjon».

Denne hendelsen for 30 år siden er nyttig for å minne hverandre på hva som kan skje med tilbudet til pasientene dersom de døgkontinuerlige tjenestene reduseres ytterligere uten at de kommunale tilbudene er utbygd tilsvarende. Samtidig kan vi spørre oss hvilke muligheter sykepleiere og andre fagfolk har til å si ifra i dag? Hvilke ledere kan sykepleiere henvende seg til når de erfarer at pasienter lider overlast? Og vil lederne lytte til sine ansatte? ■

Referanser:

1. Hansen, Vidje (1985): Åsgård Sykehus gjennom krise og utvikling, Internasjonal Åsgård Sykehus, 1985
2. Hverdag, nr. 2, 1978
3. Nordlys, 14., 17., 18. og 19. januar 1985
4. Skar, Mariann (1993): Tvang i psykiatriske sykehus, hovedfagsoppgave i sosiologi, Universitetet i Tromsø

TOK AFFÆRE: Sykmeldinger er ikke et akseptabelt virkemiddel for å markere uenighet eller motstand, men kan bli en følge av langvarig slitasje fordi en som fagperson må gå på akkord med egen faglighet, sier Åshild Fause. Illustrasjonsfoto: Colourbox.





Når verktøykassa bare har ett verktøy

Pasienter får etter min mening et dårligere tilbud når en psykisk helsetjeneste bestemmer seg for å innføre én metode som alle skal behandles etter.

Jeg har jobbet ved en psykiatrisk institusjon, og har opplevd dette i forhold til kognitiv terapi. Vi i personalet blir så opptatt av metoden at det går på bekostning av det å lytte til pasienten. Når personalet er så fylt med sin egen agenda, blir man lett mer opptatt av å være dyktig og følge kakeoppskriften enn å bruke sin kliniske erfaring til å «tune» seg inn på pasienten.

Krasj med virkeligheten

En kritikk av kognitiv terapi er dette ikke. I mange sammenhenger er det en flott og virksom metode å bruke. Dette er snarere en kritikk av ensidig fokus på én metode, som jeg mener psykisk helsefeltet har en tendens til. En metode innføres, skaper «hal-leluja»-stemning og fortrenger mye av det man kan fra før. Jeg stiller meg kritisk til at man tenker at evidensbaserte metoder vil passe over alt, nærmest som eneste virkemiddel. Sånn er ikke virkeligheten for meg i hvert fall.

I en komplisert hverdag, som det å jobbe med mennesker som sliter med

livene sine er, kan det være fristende å ty til ett verktøy som tilsynelatende forenkler det hele. Men det blir dessverre for enkelt, og det går ut over brukeren som ikke får den hjelpen

«Det går ut over de pasientene som metoden ikke passer for.»

han eller hun trenger. Resultatet blir fort at man som hjelper blir så hektet på metoden at man ikke klarer å se brukeren. Når man ikke får den gode kontakten med pasienten vil det heller ikke skje en endring, om intensjonene er aldri så gode.

Motløse brukere

Jeg opplever at jeg gjennom mitt yrke bruker meg selv som en balansekunstner. Gjennom årene er jeg stadig i endring, og mine omgivelser endrer seg stadig. Det som ikke endrer seg er at de jeg møter er pasienter i krise. De har blitt innlagt på en psykiatrisk post. Jeg ønsker å komme dem i møte med all min erfaring.

Når en metode rendyrkes mener jeg at det går ut over de pasientene som metoden ikke passer for. For slik er det, at ikke samme tilnærming passer for alle pasienter. Når det som tilbys ikke hjelper

brukerne, ser jeg motløsheten vokse hos dem: «Blir jeg ikke bra her en gang, så blir jeg jo aldri bra». Vi forteller nærmest pasientene at de er en dårlig pasient, som ikke passer inn i vår metode. Det frustrerer meg som fagperson.

Mer å spille på

I min verktøykasse liker jeg å ha blant annet nettverksmøter, pårørendearbeid, mindfulness, øreakupunktur og fysisk aktivitet. Andre har sine foretrukne tilnærminger. I møtet med pasienten mener jeg at vi hjelperne kan gjøre jobben vår best om vi får bruke vår erfaring og faglighet til å velge de verktøyene som passer best i møtet med det enkelte menneske. ■



STØTTE De nasjonale retningslinjene innen psykisk helse kan gi mye faglig støtte til deg som vil bevege tilbudet til mennesker med psykiske helseproblemer i retning mestring og recovery. Illustrasjon: Colourbox.

Se mulighetene

Jobber du med psykisk helsearbeid i en kommune, og tenker at nasjonale faglige retningslinjer bare handler om spesifikke metoder tiltenkt psykologer og psykiatere innen spesialisthelsetjenesten? Da tar du feil!

Tekst **Troend Hatling**, leder, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

A lese og aktivt bruke de nasjonale retningslinjene innen psykisk helse gir også mye faglig støtte til deg som vil bevege tilbudet til mennesker med psykiske helseproblemer i retning mestring og recovery.

De siste årene har Helsedirektoratet gitt ut tre slike retningslinjer: Bipolarretningslinjen, psykoseretningslinjen og ROP-retningslinjen. Sistnevnte handler om utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

Brukeren som aktør

Retningslinjene gjenspeiler de store spenninger og uenigheter som eksisterer i fagfeltet. Særlig er psykose- og bipolarretningslinjene preget av en medisinsk og medikamentell tilnærming. På den annen side inneholder alle tre rikelig av både beskrivelser, tiltak og anbefalinger som understøtter en brukerinvolverende og recoveryorientert tjenesteutforming.

I alle de tre retningslinjene vektlegges brukerens medvirkning i behandlingen. Psykoseretningslinjen anbefaler at «Behandlingen og oppfølgingen av pasienter/brukere bør baseres på deres egne valg og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet».

Samme retningslinje anbefaler videre at intervensjonsprogrammer, som for eksempel «brukermedvirkning i praksis», bør tas i bruk for å bedre helse-

personellets og pasienters kompetanse om brukermedvirkning.

Alternativer til medisin

En viktig diskusjon knyttet til tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, er medikamentell behandling. Både psykose- og bipolarretningslinjene argumenterer for at dette bør være førstevalget. I bipolarretningslinjen heter det likevel at «Pasienter som ikke ønsker å bruke legemiddel, bør bli møtt med forståing og respekt for dette valet. På samme måte som alle andre pasienter bør dei få et tilbud som er lagt til rette for dei, og som dei kan akseptere». Her mener jeg at ordet «bør» skulle vært byttet ut med «skal».

Relasjon og samhandling

Det er i de faglige retningslinjene lett å finne støtte for betydningen av relasjonelt arbeid, og at det tar tid, eksempelvis i ROP-retningslinjen: «En god relasjon mellom bruker og hjelper er en nødvendig forutsetning for både utredning, behandling og oppfølging. ... Visse behandlereregenskaper har betydning for et godt behandlingsresultat. Disse blir ofte beskrevet som viktigere enn hvilken metode som blir brukt. ... Det vil ofte ta tid å oppnå en god relasjon som gjør det mulig å benytte terapeutiske metoder.»

Psykoseretningslinjen beskriver også forventninger til samhandling mellom

ulike kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester og NAV: «Målet med samhandlingen er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden står i sentrum».

Må fortolkes og brukes lokalt

Det er ikke vanskelig å finne eksempler på snevre, symptom- og problemorienterte diagnose- og behandlingstilnærminger innen psykisk helsefeltet, hvor ekspertveldet dominerer. Samtidig er det verdt å merke seg at ROP-retningslinjen definerer utredning slik: Å belyse, synliggjøre og avklare ressurser og problemer på en systematisk måte. De presiserer senere at det «må være et godt forhold mellom den som utreder og den som blir utredet», og at det «må gis god informasjon om hensiktene med kartlegging og utredning, nytteverdi og resultater». I psykoseretningslinjen heter det at «Utredningen må legge like stor vekt på ressurser og mestring som sykdomstegn».

Etter min mening er dette ypperlige formuleringer for å styrke brukerinvolveringen, formuleringer rådende praksis en del steder godt kan holdes opp mot med sikte på lokal endring.

Fortolkning og praktisering av retningslinjene må derfor ikke overlates til aktører i feltet som ønsker ekspertstyre og medikamentell behandling som hovedinnhold i tjenestene. ■



Pårørende blir involvert

I forrige utgave av Psykisk helse og rus spurte Anne–Grethe Terjesen om ikke helsepersonell er klar over hvilken ressurs pårørende er. Som svar vil jeg fortelle om hvordan vi involverer pårørende der jeg jobber.

I sin kommentar i Psykisk helse og rus tar Anne–Grethe Terjesen, som er styreleder i Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse, opp en del spørsmål i forhold til pårørende. Hun spør blant annet om ikke sykepleierne/helsepersonell er klar over hvilken ressurs pårørende er. Om det er vanskelig å samarbeide med pårørende eller om vi ikke vet hvordan vi kan benytte oss av pårørende. Jeg kan bare svare for hvordan vi ved psykiatrisk divisjon, Stavanger Universitetssjukehus jobber i forhold til pårørende. Her har vi en familiepoliklinikk som tilbyr kunnskapsbasert flerfamiliesamarbeid for alle pasienter som har en førstegangssykose og deres pårørende. I tillegg har vi grupper for pasienter med en affektiv lidelse og psykose eller bipolar lidelse og deres familie. Vi har egne grupper der rus er hovedproblemet til pasienten. Vi har også egne pargrupper der den ene partneren har en alvorlig psykisk lidelse. Hver gruppe består av fem familier og to gruppeledere. De møtes annenhver uke i to år. Her i Rogaland har vi til enhver tid 20 grupper gående. For å få til dette omfattende arbeidet har vi en egen familieskole en gang i året hvor vi utdanner nye gruppeledere.

Spesialister på egne barn

Vi har tro på at et godt samarbeid mellom pasient, pårørende og helsevesen gir de beste resultatene for våre pasienter, spesielt for å forhindre tilbakefall. All forskning viser også at dette er tilfelle. For å få til et best mulig samarbeid må helsepersonell lytte til pårørende angående deres erfaring. Det er de som kjenner pasienten både før han/hun ble syk og de kan gi god informasjon om hvordan sykdommen har utviklet seg. Helsepersonell er spesialister på lidelsene, men pårørende er spesialister på sine egne barn/unge.

Pårørende må få kunnskap

Jeg er enig med deg når du skriver at pårørende trenger å få kunnskap om hva som skjer. Dette gjelder både kunnskap om selve lidelsen, men også opplysning om hva som skjer av praktiske ting rundt pasienten, spesielt når pasienten er innlagt på institusjon. Pårørende må blant annet få opplysning om miljøterapien som pasienten får.

I våre kunnskapsbaserte grupper har vi undervisning både til pasientene og til pårørende om den enkelte lidelsen. Her lærer en om stress/sårbar-

hetsmodellen (forklaringsmodell på at stress kan spille en rolle i utvikling av psykose) og Expressed Emotion (samtaling i familien). I selve gruppen bruker vi problemløsningsmodellen, der familien lærer å løse problemer på en god måte. Her legger en vekt på ressursene til pasienten og hvordan en kan bygge videre på det. Målet er at familien skal ha det best mulig i hverdagen.

Gode relasjoner

Terjesen skriver også om sykepleiers relasjon til pasienten. Vår erfaring er at vi får veldig god relasjon både til pasienten og til pårørende gjennom familiesamarbeidet. Noen ganger er det slik at pasienten forteller helsepersonell om symptomer som de ikke vil at vi skal bringe videre til pårørende. Dette må vi akseptere. Vi må også forholde oss til taushetsplikten, men det viktigste er å se hva som er best for pasienten i den enkelte situasjon.

Nå har vi fått Nasjonale retningslinjer som heldigvis rangerer familiesamarbeidet som A. Vi får bare håpe at retningslinjene er med på at pasienter og pårørende får den behandlingen som de har krav på uansett hvor i landet de bor. ■

7.000
sykepleiere
kan ikke ta feil.

Les **Sykepleien** på
nettbrett du også!



Last ned appen i dag!
GRATIS for medlemmer i NSF



Sykepleien

Sykepleien er et redaksjonelt uavhengig tidsskrift.
Utgiver: Norsk Sykepleierforbund.

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Psykologi for barn

I boken «Jeg tør ikke» møter du flere barn. Det barna har til felles er at de er mer engstelige og usikre enn andre. Boken er ment for både voksne og barn. I bokens siste del, som er skrevet til den voksne, kan man lese om hva angst er og hva voksne kan gjøre for å hjelpe barn som engster seg mye. Historiene i boken kan leses sammen med barnet og gir mulighet til å snakke om det som er vanskelig. Forfattere er Kåte From og Rikke Mølbak. Boken inngår i en serie bøker som omhandler psykologi for barn.

Jeg tør ikke, Gyldendal

BOKOMTALE



Vond og god ensomhet

Boken tar for seg blant annet den vonde og den gode ensomheten. Den vonde har store konsekvenser for menneskers livskvalitet, den gode har vi kanskje for lite av? «Ensomhetens filosofi» gir en bred inngang til å forstå hva ensomhet er, hvem som rammes av ensomhet, hvorfor ensomhetsfølelsen oppstår, vedvarer og forsvinner, og hvordan man kan forholde seg til ensomheten som individ og som samfunn. Forfatter er Lars Fr.H. Svendsen. Han er professor i filosofi ved Universitetet i Bergen.

Ensomhetens filosofi, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Ungdom med psykose

Hvordan skal hjelpeapparatet møte unge mennesker som sliter med psykoser og alvorlige psykiske vansker? Ved hjelp av forskning, bred klinisk erfaring og en rekke praksisnære eksempler gir forfatteren svar på flere spørsmål om alvorlige psykiske lidelser hos barn og unge. Boken tar blant annet for seg psykoser og risikotilstander, diagnostisering, utredning, familie- og nettverkssamarbeid, samt betydningen av tidlig innsats. Forfatter er psykologspesialist Kjersti Karlsen.

Alvorlige psykiske lidelser hos barn og ungdom, Gyldendal

BOKOMTALE



Mobbingsmekanismer

I denne boken kan du blant annet lese om Tine-Mari Lyngbø Mjåtveit. Hun ble mobbet og utviklet psykiske problemer. Da sønnen Tobias ble født, tok barnevernet babyen fra henne. I over ett år kjempet hun for å bli akseptert som mor. Boken inneholder tidligere upublisert forskning som avslører skadevirkninger mobbeofre bærer med seg i voksen alder, ifølge forlaget. Den gir råd og refleksjoner, og skildrer mobbingens mekanismer fortalt gjennom mobbere, eksperter, pårørende og ofre.

Hopp da, så blir vi kvitt deg! Aschehoug



Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse

utlyser et stipend på kr. 60 000

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

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

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

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

Søknadsfrist 1. mai 2016

Stipendet deles ut på forskningsdagen i tilknytning til Landskonferansen i Drammen 3. juni 2016.

Søknad med prosjektbeskrivelse eller forslag på kandidat sendes til:

Faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus v/ Olav Bremnes innen 1. mai 2016, på e-post: olav@ntebb.no

Mer info om Marie Lysnes på:

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



NSFs faggruppe for sykepleiere
innen psykisk helse og rus





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