

Psykisk helse og rus



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Sykepleien



**Frisk gjennom
gruppebehandling** Side 32



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

REDAKTØR

Tor Christian Bjelland
Tlf. 99 47 27 85
Okey_1983@hotmail.com

STYRET

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

Nestleder

Espen Gade Rolland
Tlf. 40 84 29 41
espenrolland@gmail.com

Kasserer

Vibeke Steffensen
Tlf. 93 40 18 35
Vibekesteff@hotmail.com

Sekretær

Elisabeth Gjetøy
Tlf. 48 29 68 31
Elisgjetoy@hotmail.com

Medlemsansvarlig

Ingun Haug
Tlf. 99 24 32 30
ingun.haug@hnt.no

ABONNEMENT

Tor Christian Bjelland
Tlf. 99 47 27 85
okey_1983@hotmail.com

WEBANSVARLIG

Espen Gade Rolland
Tlf. 40 84 29 41
espenrolland@gmail.com

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
Eivind Solfjell
Tlf. 93 61 81 12

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina E. H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO: Mostphotos

NESTE UTGAVE: 7. juni 2018

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. E-postadresse bør også medfølge.

Innhold



03 - 2017

- 3 Leder
- 4 Smånytt
- 6 Tvinges pasientgruppe ut på anbud?
- 9 Valg og nytt landsstyre i NSF-SPoR
- 10 Hageterapi på Gaustad
- 12 NSF Telemarks jubileumspris til Beate Alstad
- 13 Søk stipend
- 14 Det vanskelige oppdraget: De mest sårbare innsatte
- 20 Tilbakeblikk
- 22 Skriv om egen praksis
- 23 Recovery i Stjørdal kommune
- 24 Vellykket satsing på kognitiv miljøterapi
- 29 Årets forskningsartikkel
- 30 Forbedrer HLR-beredskapen
- 32 Frisk gjennom gruppebehandling
- 37 Pårørendes innsats i samfunnet
- 40 Sykepleieres kunnskap om psykofarmaka





FAKTA

Kurt LyngvedAvtroppende leder,
NSF-SPoR

Foto: Kristin Henriksen

FAKTA

Espen Gade RollandPåtroppende leder,
NSF-SPoR

Fagets subjektive karakter

Vintermørket siger på, og dagene blir kortere og kortere. Utenfor vinduet mitt ser jeg glitrende snøkrystaller. Gradestokken kryper langsomt ned mot minus 10, og vi kan med rette si at vinteren har kommet i år også.

Årstidene skifter, og den ene biter den andre i halen. Livet beveger seg forover gjennom årstidene, og det ene året etter det andre legges til livet. Min periode som leder av NSF-SPoR er i ferd med å avsluttes, og med dette skriver jeg min siste leder.

Årene har gått fort, men nå er tiden inne til å overlate styringen til andre. Det har vært spennende å være med på å påvirke sykepleiefaget innenfor psykisk helse og rus-feltet i disse årene.

Sykepleie er og har vært et utfordrende fag med alle dets kompleksiteter. Artikulasjonen av fagets subjektive karakter er vanskelig. Det er i det området jeg mener kjernen i sykepleien ligger, det som uttrykkes i møte mellom pasient og sykepleier.

Det er viktig at vi sykepleiere alltid har dette fokuset og ikke bare argumenterer ut fra en objektiv inngang til mennesket. Subjekt-subjekt-forholdet vil alltid være utgangspunktet for all sykepleie, uansett hvilken arena det foregår på.

Med dette takker jeg for meg som leder i NSF-SPoR og ønsker ny leder og fremtidige ledere lykke til med dette viktige arbeidet. ■

Pågangsmot og ydmykhet

«Vi kan aldri komme frem til et absolutt og eviggyldig svar på hva psykiatrisk sykepleie er, og at vi derfor alltid må søke nye veier, nye tanker, nye løsninger», skrev Marie Lysnes i 1966. I dag, femti år etter, er dette er mer aktuelt enn noensinne.

Som ny leder i NSF-SPoR er det med stort pågangsmot og ikke minst mye ydmykhet jeg fra nyttår overtar som leder.

Jeg er heldig som har med meg så mange dyktige, erfarne, dedikerte og engasjerte sykepleiere, og ikke minst det som gjør faggruppen så unik, alle de engasjerte medlemmene som hver dag utgjør en forskjell for menneskene vi hjelper. Sammen skal vi bygge videre på dette grunnlaget, og videreføre de gode møtearenaene, påvirkningsarbeidet og hovedlinjene som er lagt for arbeidet vårt.

Faggruppen har i flere år jobbet for å synliggjøre sykepleiernes bidrag innen psykisk helse og rus-tjenestene. Psykisk helse og rus er ofte på den helsepolitiske agendaen, uten at vi som den største profesjonen innen tjenestene er tydelige på banen. Vi har stor tro på at vårt bidrag inn i den tverrfaglige rammen er særlig viktig for den enkelte som mottar tjenestene, og som strever i livet.

Det er derfor svært gledelig at Norsk Sykepleierforbund nå tar dette på alvor og har tatt det inn i sitt strategiske arbeid fra 2018. Vi har stått på for å få dette til, og er glad for at vi endelig lyktes. Arbeidet vil få ringvirkninger for oss, og vi skal bidra så godt vi kan, innen de rammene vi har. Vi er spente på hva dette vil føre til, og ser frem til spennende tider også i 2018. ■

Ønsker dere alle en fredfull jul og et godt nytt 2018!

Kurt Johan og Espen



Pris til «Stemmene i hodet»

Schizofrenidagene ble arrangert i Stavanger Forum 6.–10. november.

Her ble NRK-serien «Stemmene i hodet», ved deltakerne Ruth Andrea, Maria og Benjamin (bildet) og regissør Gunhild Asting, tildelt Schizofrenidagenes ærespris.

Juryens begrunnelse er blant annet at serien har vært et uvurderlig nybrottsarbeid innen folkeopplysning om psykisk helse.



Foto: Medieoperatøren AS

Kilde: Mental Helse

Ungdommen nå til dags

– drikker ikke lenger. De siste tallene viser at ungdom, over store deler av verden, drikker mindre alkohol enn før – og at Norge går foran med en av de største nedgangene. Vi vet jo allerede at dagens ungdom er de skikkeligste på lenge; dette gjelder altså også alkoholbruk.

Rusforsker Hilde Pape sier til forskning.no at årsaken til nedgangen fortsatt er ukjent: – Dette er en gåte, uttaler rusforskeren.

Kilde: forskning.no



«Slutt å bekymre deg for helsen. Den går over av seg selv.» Robert Orben

Cannabisbrukere har anlegg for psykose

Mens man tidligere har antatt at bruk av cannabis kan føre til psykose, tyder ny forskning på at det snarere er slik at noen er genetisk disponert for både å utvikle psykose og å begynne å bruke cannabis.

Studien er utført av forskere ved Norment, Norsk senter for forskning på mentale lidelser. Ifølge første-forfatter Monica Aas kan en mulig forklaring være at cannabisbruk er en form for selvmedisinering mot symptomer som opptrer i forkant av at en psykoselidelse bryter ut, som angst, nedstemthet og lette psykosesymptomer.

Kilde: Dagens Medisin



Fargelegge

Er du glad i å fargelegge? Eller du var kanskje det som barn? Da er det all grunn til å finne frem fargeblyantene og tegnebøkene igjen, og tegne i vei.

Forskere ved universitetet i Otago på New Zealand har nemlig funnet ut at bare så lite som ti minutters fargelegging om dagen reduserer symptomene på angst og depresjon.

Studien undersøkte 115 kvinner i alderen 18–36 år. En gruppe ble satt til å løse sudoku-oppgaver, som viste seg ikke å ha noen effekt – det var fargelegging som gjorde lykken.

Kilde: The Guardian

proLAR fyller 10 år

Brukerorganisasjonen proLAR ble stiftet 7. november 2007, og feiret derfor nylig 10-årsjubileum.

proLAR er en organisasjon av og for pasienter som mottar legemiddelasistert rehabilitering (LAR). De jobber rusfaglig og politisk, og vil styrke brukerkompetansen og medvirkningen når avgjørelser skal tas på rusfeltet.

Jubileet skal feires i desember med tidligere og nåværende ansatte. Vi gratulerer!



Kilde: rusfeltet.no, proLAR på Facebook

Psykedelika mot alkoholisme

Et psykedelisk stoff som tradisjonelt har vært brukt i Sør-Amerika, kan kanskje kurere alkoholisme og depresjon, melder Science Daily. Forskere ved universitetet i Exeter har intervjuet brukere av stoffet Ayahuasca (bildet). De rapporterer om færre problemer knyttet til alkohol enn brukere av andre psykedeliske stoffer, som LSD. Så gjenstår det bare å sammenlikne med alle oss andre ...



Foto: Flickr/bekasine

Kilde: Science Daily

Sindige ved kriser

Forskning.se knuser myter om hvordan vi opptrer i krisesituasjoner. Ifølge Misse Wester, gjesteforeleser ved Lunds universitet, oppfører folk flest seg rasjonelt, klokt og empatisk i en krisesituasjon – stikk i strid med hvordan vi tror at vi oppfører oss.

Faktisk er det slik, ifølge Wester, at folk flest antar at alle andre vil reagere med panikk, samtidig som vi tror at vi selv vil klare å beholde roen.

Noe tilsvarende ser ut til å gjelde i etterkant av en kritisk situasjon. Heller enn å være skjøre og sjokkskadete individer vil majoriteten klare seg godt uten varige psykiske mén, også uten krisepsykiatri.

Kilde: Forskning.se



Foto: Flickr/Anolio

Oransje lys mot depresjon

Kan oransje lys motvirke depresjon? Forskere ved Institutt for psykisk helse ved NTNU har nå begynt å dekke vinduer og lamper med oransje filtre. Tanken er at for mye blått, elektrisk lys på gale tider av døgnet kan skade kroppens biologiske rytme, og gjøre oss syke. Med oransje filtre, som blokkerer det blå lyset, tror hjernen det er mørkt, og kroppen vil falle tilbake til sin naturlige rytme. Håpet er at dette kan redusere behovet for medisiner for psykisk syke.

Kilde: Gemini.no





Tvinges pasientgruppe ut på anbud?



Av Vibeke Steffensen,
psykiatrisk sykepleier, medlem av
SPoRs faggruppe i Troms

Kommunene sliter med å tilby gode tjenester til innbyggere med komplekse behov for hjelp, og tyr til private aktører. SPoRs faggruppe i Troms har kartlagt sammenhengene.

Vi i SPoRs faggruppe er oppatt av at det skal være gode tjenestetilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

Det er krevende og kostbart å bygge opp gode tilbud til disse pasientene i kommunene. Rekruttering av fagfolk er også en utfordring. Spesielt strever noen av de små kommunene med å tiltrekke seg nødvendig fagkompetanse og å ha boliger tilgjengelig. Både de private aktørene og kommunene er også enige om at kvalitetssikring av tjenestene innen rus og psykisk helse er en utfordring. Dette er noe av det vi fant ut i vår lille kartlegging av kommunene i Troms. (Se faktaboks.)

Menneskene

Men først et bilde av brukergruppen vi snakker om. Hanne kan være et eksempel:

Hanne er 45 år gammel. Hun hører stemmer som plager henne, selv om hun tar medisiner for schizofrenidiagnosen hun har hatt i mange år.

Hanne spiller gitar og liker å høre på musikk, men likevel har hun lite å ta seg til om dagene. Hun lager ikke mat selv og kler seg ikke etter været. Hanne sover på dagen eller når det passer formen hennes. Det er mange år siden hun var i jobb, og hun har få venner.

Som psykiatrisk sykepleier ser jeg en dame med mange hjelpebehov. Hanne trenger hjelp til å få seg frokost og kaffe, til hygiene og påkledning. Hun trenger mennesker som kan være der når stemmene blir vanskelige å takle, og hjelp til å huske på medisinen.

Hanne trenger hjelp til å handle inn mat og holde orden i huset. Hun trenger noen å snakke med når hun er våken. Av og til, når livet blir for vanskelig, trenger hun innleggelse. Da bør hun følges.

Hva er kommunenes utfordringer knyttet til å skulle skreddersy et tjenestetilbud når behovet for hjelp er så

«En høy andel av kommunene kjøpte private omsorgstilbud.»

komplekst som i dette tilfellet? Det var det vi ville undersøke.

Utgangspunktet vårt

I 2016 utmerket Troms fylke seg ved at en høy andel av kommunene kjøpte private omsorgstilbud til pasienter med komplekse hjelpebehov (1). En fagsamling hvor både kommuner, spesialist-

helsetjenesten og private aktører var representert, fortalte det samme. Vi ville undersøke hvorfor.

Ikke nytt med private

Private omsorgstilbud eller «privat forpleining» utenfor asylene var en viktig ordning i Troms og Finnmark for «sinnslidende» frem til 1950-tallet. Pasientene ble ivaretatt av snille mennesker som tok seg av dem i hjemmene sine.

Men etter at Åsgård sykehus kom i 1961, forsvant de private omsorgstilbudene gradvis, og hjemmesykepleien overtok ansvaret for disse pasientene.

I dag er lokalt psykisk helse- og rusarbeid et tverrfaglig felt i kommunene, ved siden av spesialisthelsetjenesten og fastlegeordningen.

Økt ansvar for kommunene

Tjenestetilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser har vært gjennom store omorganiseringer de siste årene. Med samhandlingsreformen (2) har kommunene fått større ansvar enn de tidligere har hatt. Sengetallet i spesialisthelsetjenesten er redusert, og kommunehelsetjenesten skal i større grad gi tilbud også til pasienter med komplekse hjelpebehov.

Helsedirektoratets veileder Sammen om mestring (3) anbefaler at kommunen og spesialisthelsetjenesten samhandler

Skrivekurs NAPHA/SPoR

Denne kronikken er den femte i en serie artikler fra skrivekurset som NAPHA holder i 2017 i samarbeid med Sykepleierforbundets faggruppe for psykisk helse og rus.



om et helhetlig tilbud, slik at pasientene får rett behandling, på rett sted til rett tid, og i størst mulig grad lokalt, der de bor.

Resultatene fra kartleggingen

Svarene vi fikk fra kartleggingen vi gjorde i 2016, var interessante, til tross for at svarprosenten var relativt lav (se faktaboks på neste side).

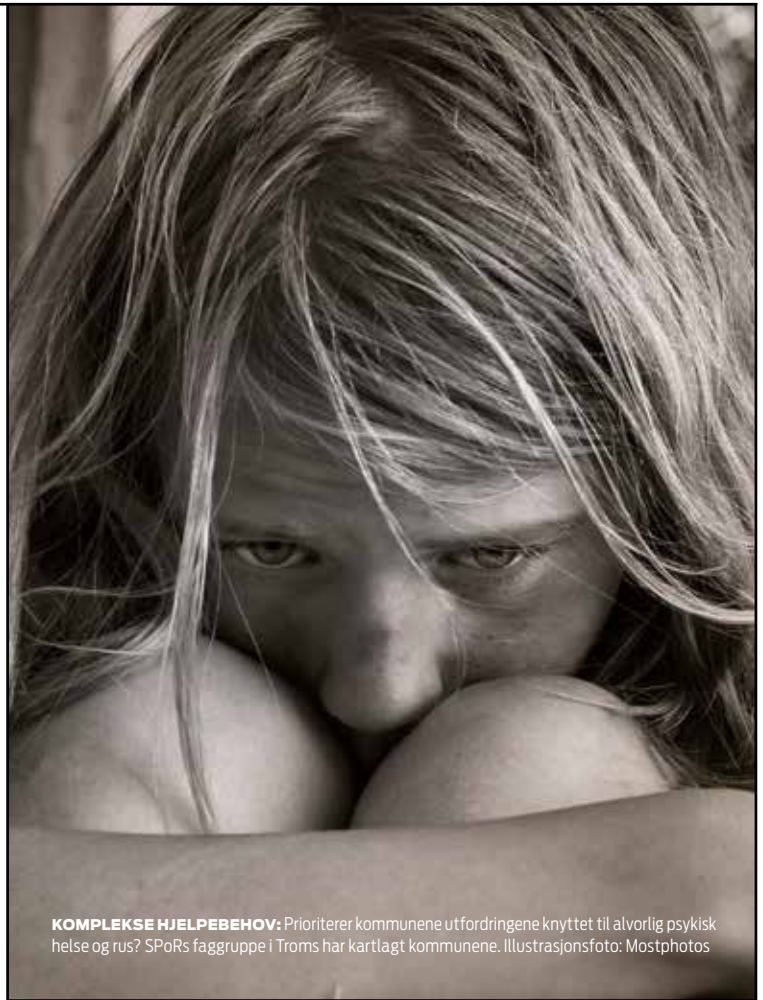
1. Mangel på døgnkontinuerlige tilbud

Flere kommuner oppga at de allerede manglet døgnbaserte tjenester, og at de måtte bygge opp dette, noe som er en krevende og kostbar prosess, spesielt for små kommuner. Løsningen ble da å kjøpe tjenester fra private aktører i samme kommune eller et annet sted. Noen steder gjaldt dette for tilbudet til bare én bruker.

Mange pasienter er sykere enn tidligere når de blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten, og mange har behov for omfattende oppfølging 24 timer i døgnet.

2. Mangel på nødvendig kompetanse

Når en kommune skal bygge opp en egen tjeneste, må de ha et minimum av kompetanse tilgjengelig. Seksti prosent av dem som svarte, oppga mangel på riktig kompetanse i kommunens helsetjeneste som en årsak til at de kjøper tjenester fra private aktører.



KOMPLEKSE HJELPEBEHOV: Prioriterer kommunene utfordringene knyttet til alvorlig psykisk helse og rus? SPoRs faggruppe i Troms har kartlagt kommunene. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Det kan bety at de har for få stillinger, eller at det ikke er ansatt fagfolk i de stillingene de har. I små kommuner kan det være utfordrende både å få tak i fagfolk med nødvendig kompetanse og å videreutdanne de få som allerede jobber der.

Kommunene organiserer dessuten helsetjenestene ulikt. Noen har egen rus- og psykiatritjeneste. Andre små kommuner har kanskje bare én ansatt. Disse arbeider primært på dagtid. Det finnes ingen føringer for hvor mange ansatte som skal jobbe i psykiske helse-tjenester, eller hvilken fagkompetanse de skal ha.

Private aktører reklamerer med at de har riktig fagkompetanse tilgjengelig og kan sette inn denne snarlig og etter brukerens behov.

3. Behov for omfattende oppfølging

Omfattende oppfølging eller behov for komplekse tjenester betyr ofte hjelp 24 timer i døgnet. Kommunene oppga dette som en av årsakene til bruken av private aktører. En velfungerende turnusordning forutsetter mange ansatte. Private aktører har gjerne flere ulike ansatte i sin base, og kan skreddersy løsninger på en måte som kommunene vanskeligere kan få til (for eksempel såkalte medleverturuser).

Krav til sikkerhet i botilbudet blir også oppgitt som grunn til at mange kommuner kjøper tjenester fra private.

4. Hjelp med en gang

Det kan jo også være at tjenesten bør komme i gang raskt; dette er private aktører gjerne gode på.





Illustrasjonsfoto: Moston

FAKTA

Kartlegging av kommunene i Troms

I perioden mai–juni 2016 gjennomførte SPOrS faggruppe i Troms en liten kartlegging. Vi brukte kartleggingsverktøyet analyzer. Kartleggingen ble initiert og gjennomført av styret ved Åshild Fause, Tore Ødegård, Karina Sebergesen, Heidi Beathe Høie, Gunnar Berg Hanssen og Vibeke Steffensen.

- Et spørreskjema ble sendt til postmottaket til alle de 24 kommunene i Troms.
- En av tre kommuner svarte.
- Skjemaet besto av totalt tolv spørsmål. Avhengig av hva de svarte på inngangsspørsmålet, fikk deltakerne alle eller noen av spørsmålene.
- Vi spurte blant annet om kommunen kjøpte tjenester, begrunnelsen for dette, hvilke aktører de brukte, hvor mange brukere det gjaldt, og hvem som kvalitetssikret tjenesten.

Flere kommuner svarte også at kjennskap til aktøren og beliggenheten til denne hadde stor betydning for valget. De kan skreddersy tilbudet raskt fordi de allerede har boliger og ansatte tilgjengelig, og fordi de er lokalisert i nærheten av pasienten.

5. Manglende kvalitetssikring

Så vidt vi kunne avdekke, ble det ikke ført noe systematisk tilsyn med aktørene, verken fra kommunene selv eller fra fyl-

Et interessant funn var at aktørene selv også etterspør mer systematisk tilsyn med den tjenesten de gir. De ønsker å bli ettersatt, de vil ha et mer formalisert samarbeid med kommunene og har selv høye krav til kvaliteten på tjenestene de tilbyr.

6. Hvem er de private aktørene?

Et flertall av kommunene oppga å ha kjøpt tjenester fra store, landsdekkende aktører som for eksempel Aleris. De oppgir kvalitet, pris og beliggenhet som de viktigste årsakene.

De andre var små, lokale aktører som kommunene allerede hadde kjennskap til. De tilbød skreddersydde løsninger og var gjerne godt kjent i nærmiljøet.

Det viste seg også at noen kommuner var vertskommuner for private aktører som de ikke kjøpte tjenester fra. For eksempel hadde Aleris allerede etablert seg i en kommune uten at de ble benyttet der. Likevel hadde de pasienter fra andre, nærliggende kommuner.

Løsning for fremtiden?

Målet for fremtiden bør være at kommunene tilbyr gode tjenester. Kan politikerne ta tak i dette og bevilge de ressursene som er nødvendige? Om det offentlige skal overlate til private aktører å ta seg av de sykeste pasientene, er også en politisk diskusjon.

Samhandlingsreform og veiledere har

gode intensjoner for hvordan vi skal ta oss av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Alle har rett til hjelp der de bor, og noen som kvalitetssikrer tilbudet, og tilbudet bør vel være like godt over hele landet.

Men hva hjelper det hvis kommunene ikke greier å følge dette opp? Private aktører er kanskje et nødvendig supplement til det offentlige tilbudet. ■

Referanser

1. Ose SO, Kaspersen SL. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten. Trondheim: SINTEF; 2016. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport_SINTEF_IS-24_8_desember%202016.pdf (nedlastet 08.11.2017).
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo; 2009. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (nedlastet 08.11.2017).
3. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo; 2014. IS-2076. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

«Det ble ikke ført noe systematisk tilsyn med de private aktørene.»

keslegen. Vi spurte også Fylkesmannen om fylkeslegen var involvert, men det fantes ingen oversikt over private aktører.

Kommunehelsetjenestene forteller likevel om god kontakt med de private leverandørene de bruker. Kommunene følger opp aktørene selv ved telefonkontakt, mail og ansvarsgruppemøter, gjerne sammen med spesialisthelsetjenesten. Flere kommuner var tilfredse med kvaliteten de fikk fra de private aktørene. Det fremkom også at det var greit samsvar mellom pris og tjenester.

Valg og nytt landsstyre i NSF-SPoR

På generalforsamlingen 8. mai 2017 ble det valg
av nytt landsstyre i NSF-SPoR for perioden 2017–2019.

Tekst **Espen Gade Rolland**, nestleder, SPoR

Foto: Kristin Henriksen



Fra venstre bak: Tor Christian Bjelland, Ingunn Haug, Kurt Lyngved, Olav Bremnes.
Fra venstre foran: Elisabeth Gjetøy, Espen Gade Rolland, Vibeke Steffensen.

Leder: Espen Gade Rolland, Drammen (tiltrer som leder 1.1.2018)

Nestleder: Kurt Lyngved, Bodø (fungerer som leder ut 2017)

Sekretær: Elisabeth Gjetøy, Trondheim

Kasserer: Vibeke Steffensen, Tromsø

Styremedlem/kontaktperson for fagbladet: Tor Christian Bjelland, Stavanger

1. varamedlem/medlemsansvarlig: Ingunn Haug, Namsos

2. varamedlem: Olav Bremnes, Namsos



Hageterapi på Gaustad

– Vi ser at pasientene har glede av hagearbeidet. De opplever økt selvtillit, større ansvars- og omsorgsfølelse samt mestring, sier sykepleier Åse Jacobsen.

Tekst og foto **Grethe Ettung**, redaktør, Sinn og Samfunn

bydel Nordre Aker i Oslo ligger Gaustad sykehus. Det ble åpnet i 1855 som det første statlige sykehuset i Norge for behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Gaustad er omringet av et stort hageanlegg, og for vel syv år siden fikk sykepleier Åse Jacobsen på psykoenhet 3, ideen om å la pasientene ta del i hagearbeidet.

– Selv har jeg stor glede av å være ute i naturen, så jeg ønsket å stimulere pasientene til å være ute og i aktivitet, forteller hun.

Hun var opptatt av å skape et rom som inviterte til deltakelse på pasientenes premisser, og det skulle være lystbetont.

fremdeles tomater, grønnkål, knutekål og gulrøtter i drivhuset, samt diverse urter og blomster. Navnene på de ulike vekstene er å finne på små, fargerike treskilt som pasientene har malt.

Dugnad og frøkatalog

– Det hele er fritt organisert, vi fant raskt ut at regler og normer ikke egnet seg her, påpeker enhetsleder Amiran Akilan. Han viser til at pasientene ofte kommer med alternative forslag, eller de starter sine egne prosjekter og tar ansvar på eget initiativ.

– Vi opplever at pasientene liker seg best når de får litt spillerom, samtidig

å være med, også de som ikke ønsker å delta i grupper.

I vår- og sommerhalvåret arrangeres det dugnader ukentlig. Alt fra såing, ompotting og planting til gjødsling, lusing og vanning står på programmet. Det er mye som skal følges opp, og det å kunne høste fra egen hage, gjør det ekstra hyggelig.

– Reaksjonene til pasientene og personalet når det gjelder hagearbeid er veldig likt. Alle gleder seg over de fargerike blomstene, duftene og bærene og grønnsakene som smaker godt, påpeker Åse.

I februar lages det ønskeliste over hva pasientene vil ha av frø, så frøkatalogen er populær lektyre.

– Deretter går vi sammen om å velge ut grønnsaker, urter og blomster, – helst med duft.

«Det hele er fritt organisert. Regler og normer egner seg ikke her.» *Amiran Akilan, enhetsleder*

Et gjengrodd drivhus som befant seg på eiendommen ble satt i stand på dugnad.

Pasienter og personale jobbet sammen som en del av miljøterapien. Det ga resultater. Selv om sommeren er på hell er det

som vi bidrar til at de ulike prosjektene de setter i gang med blir vellykket, legger Åse til.

Det lages arbeidslister over hva som bør gjøres hver dag, og alle får tilbud om

Gir mestring

Enkelte pasienter er ute flere ganger daglig. Noen liker å arbeide i grupper, mens andre foretrekker å være ute sammen med en ledsager eller være helt alene.

For noen kan det være lettere å være



FARGEPRAKT: Det er farge og duft som gjelder. Her: Tagetes.



MANGESORTER: Fargerike treskilt viser navn på blomster og grønnsaker.



RIKTIG UTSTYR: Hageredskap og arbeidshansker.



FAKTA

Psykoseenhet 3, Gaustad

Pasienten som individ og brukermedvirkning, står sentralt i behandlingstilnærmingen. Behandlingstiden varierer fra noen uker til flere måneder og er tverrfaglig sammensatt. For å få til et best mulig behandlingsforløp for den enkelte pasient, samarbeider seksjonen og de enkelte enheter, tett med distriktpsikiatriske sentre (DPS), kommunehelsetjenesten og andre samarbeidspartnere (for eksempel NAV).



FRØKATALOGEN: I februar lages det ønskeliste over hva pasientene vil ha av frø, så frøkatalogen er populær lektyre.

► **HÅNDPLUKKEDE EPLER:** Egenprodusert eplemost med Gaustad-etikett.

◀ **EGEN AVLING:** Sykepleier Åse Jacobsen og enhetsleder Amiran Akilan viser stolt frem selvdyrkede gulrøtter.



sammen med andre dersom de slipper å snakke.

Åse forteller at mange integrerer med hverandre på overraskende vis.

– Vi hadde en ung mann her som ikke behersket norsk så godt, og som befant seg i en utfordrende fase av livet. Han ble likevel med på en dugnad og viste medpasientene hva de skulle gjøre, uten ord.

– Dette prosjektet gir mestring, og det har bidratt til at pasientene oppholder seg mye utendørs, konstaterer Amiran.

Det er ikke bare urter og grønnsaker som får oppmerksomhet.

– Noen er også veldig opptatt av å beskytte og vise omsorg overfor humler, bier, maur og meitemark. Det samme gjelder overfor de plantene som i utgangspunktet ser pjuskete ut, og som vi andre

kanskje ikke ville gitt en sjanse, sier Åse.

– Pasientene får mulighet til å gi omsorg, også overfor hverandre.

Bidrag til fellesskapet

Enhetsoverlege David Galea setter pris på at pasientene føler seg trygge, er fokuserte og føler ansvar når de arbei-

der i hagen og i drivhuset. Det gjør godt, for mange har lett for å tenke at det ikke skjer noe når man er innlagt.

– Det å høste er en takknemlig fase, legger Åse til.

– Vi kan for eksempel lage rabarbrapai av rabarbraen vår og nyte den utendørs, noe som er et fint bidrag til fellesskapet.

«Pasientene får mulighet til å gi omsorg, også overfor hverandre.»

Åse Jacobsen, sykepleier

der i hagen og i drivhuset.

– Det å holde på med noe over tid, er en fin øvelse i konsentrasjon. Det gir mening og stabilitet. Det at pasientene opplever de ulike årstidene via det de sår og høster, gjør

Vi trenger heller ikke å kjøpe tomater og salater, og det gir en egen glede å ha kortreist mat. ■

Denne saken har tidligere vært publisert i Sinn og Samfunn.



NSF Telemarks jubileumspris til Beate Alstad

I anledning NSF Telemarks 70-årsjubileum fikk SPoR-medlem og styremedlem i SPoR Telemark, Beate Alstad, tildelt jubileumsprisen for sitt arbeid. I tillegg til å være tydelig, modig og stolt er hun uredd og nysgjerrig.

Tekst **Espen Gade Rolland** Foto **Privat**

I anledning NSF Telemarks 70-årsjubileum fikk SPoR-medlem og styremedlem i SPoR Telemark, Beate Alstad, tildelt jubileumsprisen for sitt arbeid. I tillegg til å være tydelig, modig og stolt er hun uredd og nysgjerrig.

Beate fremmer faget til glede for kolleger og studenter. Pasientene nyter godt av hennes omsorg og respektfulle fremferd. I sin tid var hun med på å starte opp barneprosjekter på akuttavdelingene på Psykiatrisk klinikk. Hun er opptatt av barnas situasjon når foreldre blir syke.

Modig og frittalende

Beate er ikke redd for å ta opp de vanskelige temaene og spørsmålene med kollegene, når det gjelder både pasientsaker og interne anliggender. Hun er kjent for sitt

gode humør. Hun gir komplementer til alle, og det er lett å føle seg vel sammen med Beate. Hun ivaretar alle rundt seg.

Beate er psykiatrisk sykepleier, veileder, familierapeut og sexologutdannet. I tillegg har hun utdanning som homøopat. Hun underviser internt og eksternt og får stadig flere oppdrag Norge rundt. Også

«Beate formidler temaer forbundet med tabu på en måte så ingen blir flau.»

legene ber om veiledning og undervisning på hennes spesialfelt.

Hun har i mange år kjempet for å få en brøktstilling på sykehuset som sexolog. Dette har det dessverre vist seg vanskelig å få gehør for hos ledelsen.

I jobben benytter hun hele sin brede kompetanse. Hun er raus med å dele sin kompetanse og har et forbindtlig menneskesyn. Hun løfter kolleger faglig og støtter og heier på dem. Hun er trygg faglig og menneskelig.

Pådriver

Beate vil bli husket lenge for sitt foredrag på NSF Telemarks 12. mai-arrangement for noen år siden. Hun formidler temaer forbundet med tabu på en måte så ingen blir flau.

Beate har jobbet for sykehuset i mange år og er lojal overfor arbeidsgiver, men først og fremst overfor pasientene. Hun løfter frem etiske problemstillinger overfor kolleger til både glede og «fortvilelse».

I styret til SPoR Telemark er hun pådriver for å arrangere fagdager og gjorde en enorm innsats i å skaffe høykompetente foredragsholdere da Telemark arrangert Landskonferansen i 2016 med temaet «Sex på agendaen».

Beate er en sykepleier med stor S. Gratulerer med jubileumspris! ■

PRIS: NSF Telemarks jubileumspris gikk til Beate Alstad.





Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse utlyser et stipend på kr 50 000

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

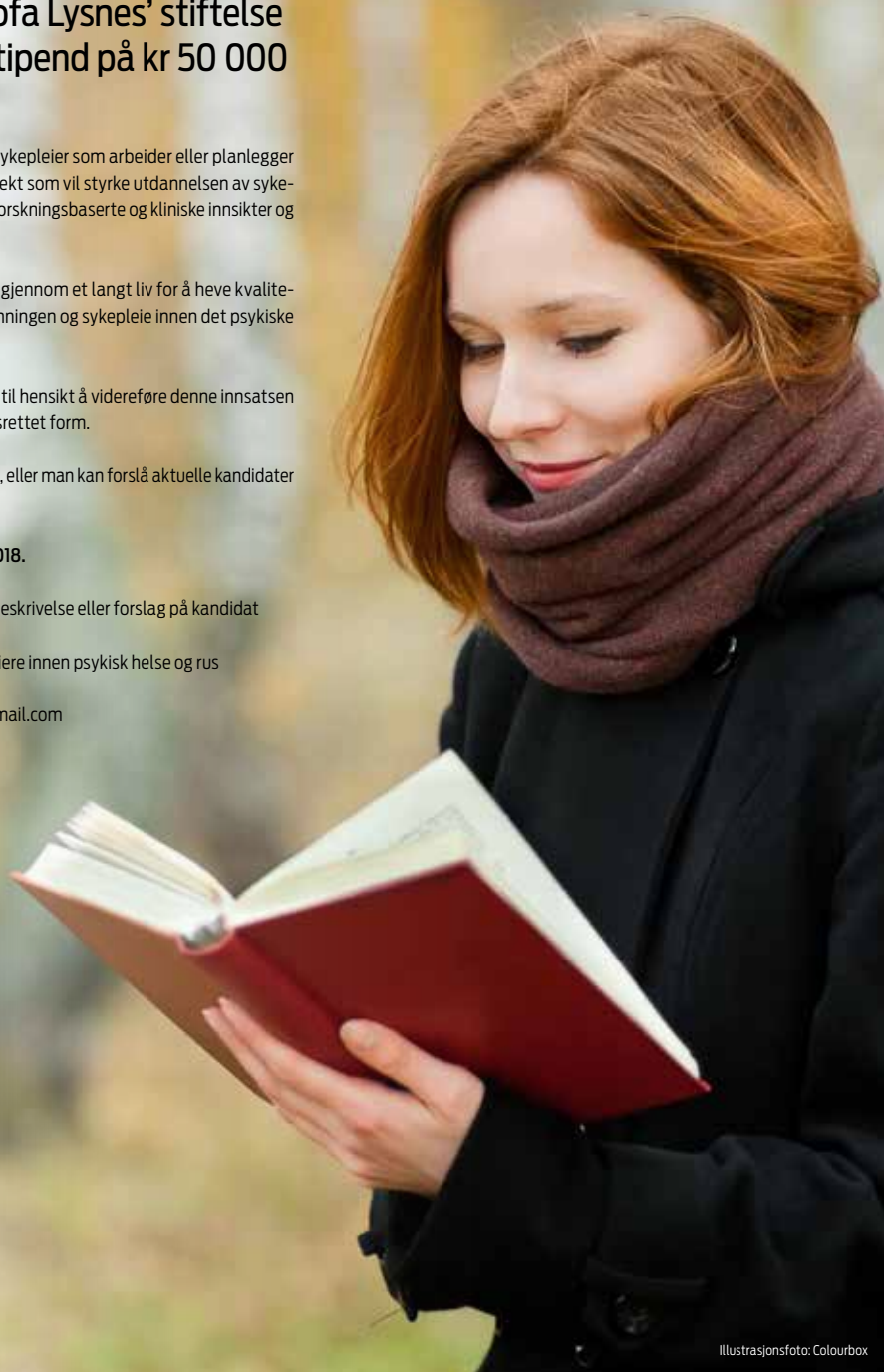
Marie Lysnes arbeidet gjennom et langt liv for å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og sykepleie innen det psykiske helsefeltet.

Stipendtildelingen har til hensikt å videreføre denne innsatsen i en aktuell og fremtidsrettet form.

Stipendet kan søkes på, eller man kan forslå aktuelle kandidater til stipendet.

Søknadsfrist 1. mai 2018.

Søknad med prosjektbeskrivelse eller forslag på kandidat sendes til:
Faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus innen 1. mai 2018,
på e-post: nfsfpor@gmail.com



Illustrasjonsfoto: Colourbox



Det vanskelige oppdraget:

De mest sårbare innsatte

Hvordan kan vi hjelpe de mest sårbare innsatte, de som daglig sliter med rus, psykisk sykdom og psykososiale belastninger?

Foto Mostphotos

FAKTA

Av Hilde Horntvedt,
psykiatrisk sykepleier,
Arendal fengsel

Innsatte i norske fengsler har krav på helse- tjenester på lik linje med mannen i gata. Jeg ønsker å sette fokus på de mest sårbare innsatte med strenge restriksjoner i en varetektssituasjon. De menneskene som daglig lever med rus, psykisk sykdom og andre psykososiale belastninger.

Ikke fordi det er enkelt, men fordi det er et av de vanskeligste oppdragene for oss som jobber nær de innsatte i fengsel. Hvordan kan helsetjenesten i et lite fengsel bidra til at allerede sårbare mennesker i akutt krise mestrer en varetektssituasjon med restriksjoner på en best mulig måte?

Jeg vil minne om helsetjenestens og kriminalomsorgens ulike utgangspunkt, forståelsesgrunnlag og virkemidler for å bistå den traumatiserte innsatte gjennom en krisesituasjon. Jeg håper at artikkelen kan føre til ny kunnskap og bevissthet hos både ansatte i kriminalomsorgen, sykepleiere og andre som ønsker å styrke holdninger og tanker rundt krisebehandling av de sykeste innsatte på innsiden av murene og den ni kvadratmeter store cella.

Til innsattes beste

Både kriminalomsorg og helsetjeneste vet mye om akutte belastninger i forbindelse med varetektsfengsling. Tre av fire som gjennomfører selvmord i

fengsel, gjør det i en varetektssituasjon i et fengsel med høyt sikkerhetsnivå.

I Norge finnes det 43 fengsler, og alle fengslene har en kommunal helsetjeneste knyttet til seg. De store fengslene har som regel en stor godt fungerende helsetjeneste med både leger og spesialisthelsetjeneste daglig til stede. De minste fengslene kan ha sykepleier to–tre dager i uken, vanskeligheter med å skaffe leger og psykolog og er svært sårbare bemanningsmessig.

Jeg vil påstå at sannsynligheten for at innsatte i ulike fengsel får det samme tilbudet er som om musa overvinner løven. Det skal nevnes at legene alltid har det medisinske ansvaret, men i mange fengselhelsetjenester er det sykepleiere som har det daglige ansvaret og tar de viktigste avgjørelsene rundt tiltak og hastegrad vedrørende innsattes helse.

I det daglige er det naturligvis betjenter som bruker mest tid med de innsatte, også de sykeste. Helsetjeneste og kriminalomsorg er gjensidig avhengige av hverandre. Det er helt klart til innsattes fordel at vi får til et profesjonelt samarbeid. Vårt samarbeid skal styrke tilbudet til den innsatte.

Samarbeid er både enkelt og komplisert. I dette spenningsfeltet kan det oppstå flere ulike interesser og motsetninger. I en etablert institusjon som kriminalomsorgen er det dypt etablerte normer og regler



«Tre av fire som gjennomfører selvmord i fengsel, gjør det i en varetektssituasjon.»

som styrer hverdagen. Det forventes at importerte tjenester innretter seg etter disse normer og regler. Dersom for eksempel personer i helsetjenesten avviker fra disse, kan de bli straffet med sosiale sanksjoner. Det kan være svært belastende spesielt for små helsetjenester. Så langt det er mulig vil helsetjenesten innrette seg og overholde regler og normer såfremt det er til pasientens beste.

I torturkommisjonens søkelys

Norge har vært i søkelyset hos blant andre Den europeiske menneskerettighetskommisjonen og torturkommisjon for sin omfattende bruk av varetekt og styrken på restriksjoner. Mennesker i akutt krise utsettes for ytterligere belastninger ved å bli pålagt tingretten og politiets strenge restriksjoner i form av ulike forbud.

Under strenge restriksjoner har innsattes eventuelle positive støttepersoner på utsiden ingen vei inn i fengselet. Som følge av slike restriksjoner stilles sykepleiere og leger ofte overfor dilemmaer med innskrenkninger og fravær av muligheter i behandlingssituasjoner.

Opplevelse av helse

I forskning fra Victoria Cramer ved SIFER fremkommer det at over syv av ti innsatte har minst én personlighetsforstyrrelse. Samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse) er knyttet til betydelig forhøyet suicidal-

fare blant innsatte, i tillegg til økt somatisk sykkelighet.

En stor populasjonsstudie fra USA, ACE-studien (Adverse Childhood Experiences) dokumenterer nærmest lineær sammenheng mellom skjevutvikling i tidlige barneår og mer alvorlige psykiske og somatiske helseplager i voksen alder.

Det er gjensidig interaksjon mellom rusmisbruk og psykisk lidelse. Vi vet at mange av de innsattes psykiske utfordringer skyldes traumatiske gjentakende hendelser gjennom barndom og oppvekst. Fysisk og psykisk vold, seksuelle overgrep, neglekt og mobbing, ofte opplevd i nære relasjoner. På grunn av denne type oppvekst har mange av de innsatte blant annet diagnosen PTSD (posttraumatisk stress syndrom).

God psykisk helse er forbundet med trygg tilknytning. Ved mangel på eller fravær av trygg tilknytning blir det naturlige tilknytningssystemet traumatisert. Følelssystemet og evnen til å regulere egne reaksjoner og væremåte kan bli svært nedsatt. Dette resulterer i generell følelse av utrygghet, mangel på selvtilitt og tillit til andre. Det kan gjøre det vanskelig for en person å ta imot hjelp.

Rusavhengighet nedsetter innsattes mulighet til selvregulering ettersom tilgangen til rusmidler er svært liten under strenge restriksjoner. Effekten av rusmidler kan forklares todelt. De samme rusmidlene som demper angst, gir også mer angst og gjør det van-



«Det er gjensidig interaksjon mellom rusmisbruk og psykisk lidelse.»

skelig å komme i posisjon til å klare å hjelpe seg selv.

Forståelsesgrunnlag

Som helsepersonell jobber vi evidensbasert. Mitt perspektiv på traumer og psykisk lidelse forstås hovedsakelig ut fra medisinsk tradisjon. Helse kan forstås som et vidt begrep som dekker hele mennesket med sinn og soma.

Min psykologiske traumeforståelse grunner i et humanistisk menneskesyn, en tro på at mennesker er foranderlige uansett forutsetninger, at det finnes et utviklingspotensial. Jeg støtter meg til tanken om traumebehandling ut fra et reguleringsperspektiv. Min egen kapasitet til hvordan møte den innsatte utfordres.

Kulturkompetanse

Sykepleieren må ha kunnskap om og forståelse for ulike kulturer. Vi må søke å forstå hva som gir mennesker opplevelse av sammenheng i livet. Ruskultur og gatekultur for best mulig å forstå innsattes tankesett og handlinger, og hvordan vi kan hjelpe. Betjentkultur og ledelseskultur i kriminalomsorgen for å forstå hvordan vi best mulig kan få til samarbeid rundt den innsatte.

Ikke minst må vi være bevisste på at vi selv er bærere av en viss type kultur og normer, og hvordan det oppfattes av både innsatte og andre ansatte i et fengsel. Opplevelse av hva som gir, og er god eller dårlig helse, er ofte formet gjennom den kulturen vi er en del av.

Virksomme metoder

Ansatte i kriminalomsorgen er opptatt av å forstå den kriminelles sinn og hvorfor han handler som han gjør. En sykepleier bør være opptatt av å lete etter svar på hva som skjer i møte med mennesker, og mellommenneskelige relasjoner i ulike sosiale systemer. Det handler ikke så mye om menneskets handling, men å søke å forstå hva som ligger bak.

En slik tanke- og arbeidsmetode er en god start på samhandling med den som opplever krise. Ulik kunnskap om hvordan menneskesinnet fungerer kommer godt med når kriminalomsorg og helsetjeneste skal samarbeide til beste for den innsatte.

Kriminalomsorgens ansatte jobber på lik linje med

helsepersonell kunnskapsbasert med et humanistisk menneskesyn og verdigrunnlag til grunn, men er også opplært til å ha et fangesyn. Betjenter balanserer mellom motstridende verdier som kontroll og åpenhet, maktutøvelse og omsorg. Her skiller kriminalomsorgen og helsetjenestens virkemidler og utgangspunkt, i grenselandet mellom beskyttelse og maktutøvelse.

I møte med den innsatte

En person inn i varetekt er en plutselig hendelse som kriminalomsorg og helsetjeneste er godt forberedt på. Vi har hver våre innkomstrutiner, og disse skal til sammen slå en helhetlig ring rundt den innsatte.

God kartlegging og anamnese av pasienten kan være avgjørende for raskere å kunne avdekke sårbarhet og behov hos den innsatte. Ved å samle informasjon om pasientens sykdomshistorie og diagnoser, tidligere innleggelse i sykehus eller andre institusjoner, sosial situasjon, nettverk, ressurser og interesser vil helsetjenesten ha mulighet for å gi bedre medisinsk støtte og behandling.

Oftest er personen dårlig med abstinenser etter et til to døgn i politiarrest. En slik ufrivillig avrusning krever ofte førstefasehjelp som medikamentell abstinensbehandling. Trygghet kan også gis ved en nedtrapping på vanedannende medisiner. Det vil være uforvarselig å trappe ned for raskt ettersom pilleabstinenser kan ha uheldige bivirkninger.

Førstehjelp

Tankekjøret krever som oftest at vi må hjelpe den innsatte med sovemedisin og annen beroligende medisin som førstefasehjelp. Vi må ha fokus på søvn. Når innsatte er godt nok stabilisert og regulert kan sykepleier benytte anledningen til å undervise om god søvnhygiene på en praktisk og forståelig måte.

Kaffe, røyk, cola og TV-titting til langt på natt må unngås, det er dårlige vaner som forringer søvnkvalitet. Ved å legge seg til fast tid og stå opp om morgenen vil dette sannsynligvis øke søvnkvalitet over tid.

God søvn bidrar til økt resiliens, – evne til å håndtere stress og påkjenninger på en positiv måte. Dersom det går flere netter uten at den innsatte får sove kan det



«Mennesker er foranderlige. Det finnes et utviklingspotensial.»

i verste fall utløse psykosesyntomer, selvmordstanker og selvsykdom. Til hjelp for å vurdere reell selvmordsfare kan sykepleier kontakte spesialisthelsetjenesten ved akutteamet som kan komme inn i fengselet og snakke med innsatte.

God informasjon er viktig. Informasjonsmengde må tilpasses situasjonen, og informasjonen må gjentas flere ganger i løpet av dagene som kommer. Sykepleieren er avhengig av å skape en god relasjon med den innsatte. Slik vil han oppleve det trygt og regulerende når han vet sykepleier kommer innom hver dag.

En ikke dømmende holdning må tilstrebes. Holdning og væremåte legger grunnlaget for tillit. Ikke sjelden vil en sårbar og syk innsatt avvise både betjenter, sykepleier og lege. Han ønsker kun å være i fred. Det kan vi respektere en tid, men det er allikevel viktig å være proaktiv. Vi må komme tilbake og tilby hjelp og støtte, gang på gang.

Å tåle hans smerte

Den innsattes fravær av kontroll og tap av vanlige beskyttelsesfaktorer kan øke redsel og sinne, men kan også ha den motsatte virkningen at innsatte blir apatisk og fjern.

Overaktivisering og underaktivisering vil kreve ulike reguleringsstrategier. Læring av pusteteknikk, tanke- og avslapningsteknikk og tilstedeværingsovelser og avspenning kan etter hvert hjelpe personen å regulere seg selv og bedre tåle sine egne følelser. Denne type øvelser har den siste tiden fått et sterkere evidensgrunnlag ettersom forskning viser tydeligere sammenheng mellom somatiske tilstander og utviklingstraumer.

Viktig for et best mulig resultat av samarbeidet med den innsatte, er at vi som er nær ham jobber med å tåle våre egne følelser i situasjonen. Den innsatte må merke at vi tåler hans smerte. Vi er bedre hjelpere når vi selv er godt regulert.

Faseorientert traumeomsorg

I møte med den traumatiserte innsatte bør sykepleier ha fokus på fire hovedprinsipper: å skape trygghet, bygge relasjon, fokus på affektregulering og formidle håp. Affektregulering kan forstås som en persons evne

til å tåle følelser. Forskning viser til at faseorientert traumebehandling er virksomt. Ved bevisst bruk av ulike metoder kan sykepleier bidra til at personen forstår seg selv bedre, eller på en annen måte. Psykoedukasjon er en slik metode, og er en intervensjon innen kognitiv atferdsterapi.

Denne type metode kan først tas i bruk når den innsatte er innenfor sitt «toleransevindue», det vil si når han klarer å vise oppmerksomhet utover. Ved å gi personen forklaring på både fysiologiske og psykiske reaksjoner kan det hjelpe ham å forstå sine egne reaksjoner bedre og dermed få en viss opplevelse av trygghet. Trygghet på at andre forstår reaksjonene, at reaksjonene er normale, og håp om at han får støtte til å håndtere dem. Innsatte kan for eksempel skrive ned følelsene og tankene sine noen minutter hver dag.

Samtidig kan denne tilnærmingen av og til oppleves lite virksom ettersom evne til å tolke sosiale signaler og forstå egne følelser er dårlig. Det kan være tilfellet ved kompleks PTSD.

Relasjon og regulering

Ved å oppnå den innsattes tillit kan tilstedeværelse i seg selv oppleves regulerende. Holdningen som må formidles er at det alltid er håp. Håp om å overleve nettene, komme igjennom dagene og at fremtiden ser lettere ut. Samtidig er det viktig å møte innsatte på at han ikke ser annet enn elendighet og smerte, og hans tanker om å gjøre slutt på livet.

Selvmordsfaren kan være høyst reell, vi ser det ofte i varetektssituasjon. Av og til skjer det at en innsatt tar sitt eget liv på cella. Betjenter og sykepleiere står makteløse tilbake og lurer på hva vi kunne gjort annerledes.

Det er viktig å reflektere over og være bevisst sin holdning og væremåte i møte med den innsatte. Holdning har et terapeutisk potensial. Vær var på stemningen i rommet. Tonefall, øyekontakt, nærhet og avstand må hele tiden vurderes. Dette kan forstås som sensitiv omsorg.

I noen situasjoner kan bevisst samtaleteknikk bidra til at den innsatte lettere finner løsninger selv. En slik situasjon kan oppnås ved å bevisst ta en lyttende og



«Kaffe, røyk, cola og TV-titting til langt på natt må unngås.»

reflekterende holdning, samtidig som det bør være rytme og struktur i samtalen.

Når relasjon og en god dialog er opprettet bør helsepersonell kunne bistå den innsatte med å identifisere triggere som kan forverre situasjonen. Triggere er vonde følelser og minner som setter i gang reaksjoner, enten utover eller innover.

Alt vi gjør og sier, hvordan vi gjør det og hvordan vi sier det, – nærhet, avstand og kroppsspråk vil kunne trigge den innsatte til å reagere på den ene eller andre måten. Ved å undersøke og finne ut hva som skaper uro hos den innsatte, er det lettere å hjelpe personen til å forstå og tåle følelsene sine.

Betjenter kan her finne seg selv i et dilemma. De vet at trygging og nedtoning av utagerende innsatte som oftest er beste måten å agere på, men de har også mandat til å håndtere en situasjon med makt. Bli det nødvendig, vil det forverre en allerede kritisk situasjon for den innsatte. Slik vil også helsetjenesten få et vanskeligere utgangspunkt å jobbe ut fra.

Beskyttende aktiviteter

Selv om normalitetsprinsippet skal tilstrebes under et fengselsopphold er muligheten for et «normalt» liv i en isolert varetektssituasjon nærmest umulig. De aller fleste gjøremål er styrt av kriminalomsorgen og følgelig er risikoen for isolasjonskader og passivitet stor.

Rutineaktivitet rundt den innsatte vil være en beskyttelsesfaktor som gir opplevelse av trygghet. Ved å hjelpe den innsatte til å holde fast på hverdagslivets rutine, kan det lede til redusering av stress, økt funksjonsnivå, reetablering og nyorientering.

Helseavdelingen må ha rutiner som omhandler daglig tilsyn, samtale og vurdering av helsetilstand hos den innsatte. Læring av gode avspenningsøvelser og pusteteknikker kan bedre både søvn og smertefølelse. Innsatte kan føle mestring og håp om ny utvikling ved å kunne bruke selvhjelpsmetoder.

Dersom vi klarer å hjelpe den innsatte til å tåle restriksjoner, og plante håp, kan han ha god nytte av læring om hvordan vår tredelte hjerne fungerer. Under belastninger reagerer vi med følelser, logikk eller overlevelsestrategier. Det vil være nyttig å prøve å synlig-

gjøre ulike måter å reagere på med logisk forklaring i en vanskelig situasjon. Det kan være viktig for forståelsen den innsatte får av sine egne reaksjoner.

Behandlingsanstalt

Uavhengig av metode og profesjon vil det være mange felles faktorer som synes å virke, eller ikke virke, i tilnærming og ivaretagelse av den traumatiserte innsatte. Det viktige er at samarbeidspartnernes mål er det samme, – å regulere og stabilisere den innsatte.

Helsetjeneste innhenter samtykke fra den innsatte når vi finner det nødvendig å dele spesielt sensitiv informasjon med betjenter for bedre ivaretagelse av spesielt sårbare innsatte. Jeg har sjelden opplevd taushetsplikt som stopper for god behandling av innsatte. Konstruktive bidrag til problemløsning fra involverte parter vil gagne situasjonen. Det kan være nyttig å avklare forventninger til andre og seg selv ved krevende oppgaver.

Kriminalomsorgen anser ikke seg selv for å være en behandlingsanstalt. Dog er det ikke tvil om at flere «gjengangere» føler seg spesielt godt ivaretatt når de kommer inn i varetekt etter nok en kriminell handling. De har vært der før, og vet noe om hva som venter av smerte, abstinenser og fortvilelse.

Betjentenes vante tilstedeværelse, regulerings-evne og kjennskap til innsatte fra før fungerer ofte dempende på en høyaktivert innsatt. Vi sykepleiere kjenner ofte den innsatte fra tidligere og vet noe om hva han sannsynligvis har behov for i situasjonen, og hva hans håp er for fremtiden. Det er ikke tvil om at en del innsatte under restriksjoner opplever miljøet, – betjenters og sykepleiers tilstedeværelse og tiltak som «behandlende».

Sammen om oppgaven

Selv med våre ulike virkemidler og utgangspunkt er min erfaring at kriminalomsorg og helsetjeneste i et lite fengsel i spesielt stor grad bør prøve å jobbe som «hånd i hanske». Det er ikke dermed sagt at det går smertefritt. Helsetjenesten kan først og fremst bidra med en annen type trygghet og kunnskap enn det betjenter kan.

Mange sykepleiere har kunnskap om traumereak-



«Vi er bedre hjelpere når vi selv er godt regulert.»

sjoner, somatikk og sammenhengen mellom dem. Sykepleiere kan undervise både innsatte og ansatte, og lære bort reguleringsteknikker.

Vi kan også bidra med holdninger og andre perspektiver inn i en virkelighet som ofte er surrealistisk for utenforstående. Vi prøver, så langt det er mulig, å ta den innsattes ønsker til følge.

Det kan by på utfordringer under strenge restriksjoner. Brukermedvirkning får en annen klang under restriksjoner i fengsel enn på utsiden av murene. Sannheten er at vi altfor sjelden får anledning til å gjøre alt det vi mener burde gjøres for de mest sårbare innsatte.

Vi som jobber nær traumatiserte innsatte er alle i høyrisikogruppen for belastningsreaksjoner. I små fengsler har helsetjenesten få ansatte å bytte på for å få samarbeid til å fungere. Derfor er det spesielt viktig at betjenter og sykepleiere i et lite fengsel tar vare på, viser forståelse og omsorg for hverandre.

Det er stor kraft i forståelse og respekt for hverandres måter å være på og jobbe på. Slik står vi bedre rustet til å jobbe sammen om den vanskelige oppgaven det er å løse de mest sårbare innsatte gjennom strenge restriksjoner i varetektssituasjonen. ■

Artikkelen er skrevet i forbindelse med videreutdanning i krisehåndtering og traumebehandling fra Norges arktiske universitet. Den er tidligere publisert i Kriminalomsorgen, 31.05.2017.

Referanser

- Almvik A, Borge L. Psykisk helsearbeid i nye sko. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
- Anstorp T, Benum K. Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
- Balci S. Norsk varetekt er i strid med menneskerettighetene. 2014. Tilgjengelig fra: <http://forskning.no/barn-og-ungdom-juridiske-fag-menneskerettigheter/2014/06/norsk-varetekt-er-i-strid-med> (nedlastet 16.04.2017).
- Barth T, Næsholm C. Motiverende samtale – MI. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
- Blindheim A. Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. Vedlegg i NOU 2015: 5 Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet. 2012.
- Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S, Kunøe N, Lobmaier P, Lund IO, Clausen T. Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel. Universitetet i Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2016.
- Courtois CA. Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2004;41:415.
- Cramer V. Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst; 2014. Prosjektrapport 2014-1.
- Dyregrov A. Selvhjelpsmetoder. Et hefte for foreldre og overlevende etter 22. juli-terroren. 2011.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. Am J Prev Med. 1998;14:245-8.
- Hammelin Y. Selvmord i norske fengsler. Suicidologi 2000;5(1).
- Haugsgjerd S, Jensen P, Karlsson B, Løkke JA. Perspektiver på psykiske lidelser. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
- Helsedirektoratet. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvska-ding 2014–2017. Oslo; 2014. IS-2182.
- Helsedirektoratet. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Oslo; 2016. IS-1971. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/172/IS-1971-Helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel-rev.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
- Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
- Ingstad B. Medisinsk antropologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
- Justis- og politidepartementet. Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn (kriminalomsorgsmelding). Oslo; 2008. Stortingsmelding nr. 37 (2007–2008).
- Jørgensen TW, Steinkopf H. Traumebevisst omsorg, teori og praksis. Kriminalomsorgen. Sikkerhet og kontroll. Tilgjengelig fra: <http://www.kriminalomsorgen.no/sikkerhet-og-kontroll.237896.no.html> (nedlastet 08.11.2017).
- Kriminalomsorgen. Stor internasjonal interesse for norsk kriminalomsorg. Tilgjengelig fra: <http://www.kriminalomsorgen.no/stor-internasjonal-interesse-for-norsk-kriminalomsorg.5120544-237613.html> (nedlastet 08.11.2017).
- Lossius K, red. Håndbok i rusbehandling. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
- Lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21> (nedlastet 08.11.2017).
- Malt UF, Andreassen OA, Melle I, Årslund D, red. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
- Milde AM, Nordling TS, Stenmark H, Nordanger DØ. Narrativ eksponeringsterapi – en ny korttidsbehandling for komplekse vedvarende traumer. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2011;48(7):652–8.
- Nordanger DØ, Braarud HC. Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2017.
- Nyborg KB. Fengselsbetjenters erfaringer med selvmord blant innsatte (masteroppgave). Universitetet i Oslo; 2014.
- Torsteinson S. Små barn utsatt for familievold. Fokus på diagnoser, psykobiologi og tilknytningspsykologi. I: Heltne U, Steinsvåg PØ, red. Barn som lever med vold i familien. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
- Willumsen E, Ødegård A, red. Tverrprofesjonelt samarbeid. Et samfunnsoppdrag. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.

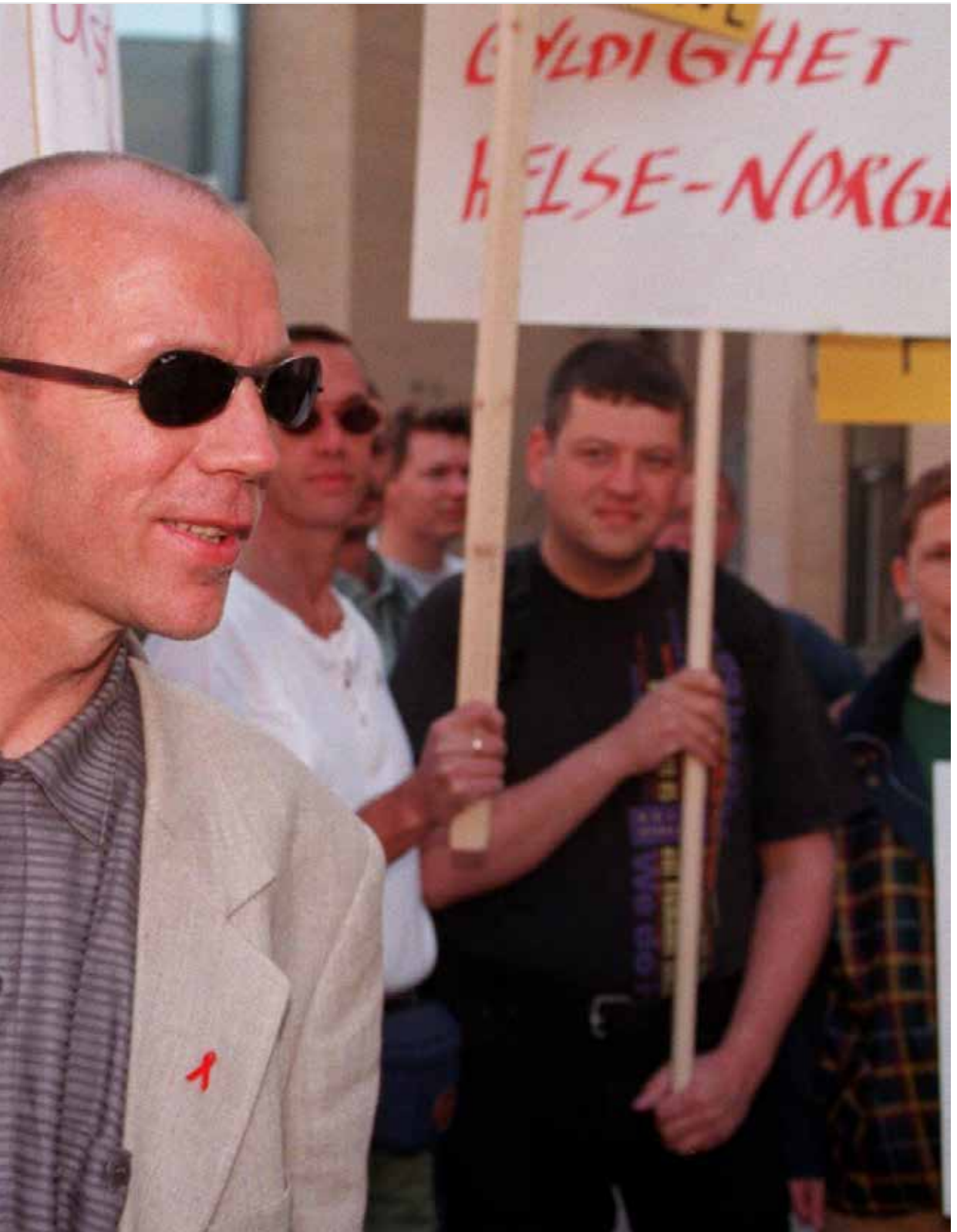


STØTTE TIL HIV-POSITIV: Widar Wenæs utenfor Oslo Tinghus onsdag 4. juni 1997. Hiv-positive Wenæs hadde gått til sak mot Helse- og sosialdepartementet etter at han ikke fikk stillingen som sykepleier selv om han var innstilt til jobben. Et tredvetalls demonstranter aksjonerte i sympati med Wenæs.

Historien startet i 1994. Da søkte han jobb som avdelingssykepleier på Kronprinsesse Märthas institutt i Oslo. Han fikk jobben. Selv om han ikke måtte, fortalte han at han var hiv-positiv. Da ble ansettelsen trukket. Han ønsket en unnskyldning og kontaktet Norsk Sykepleierforbund for å få hjelp.

Unnskyldningen kom ikke. Da han søkte om erstatning, fikk han avslag. Med støtte fra NSF saksøkte han staten – ikke for å få stillingen tilbake, men han ville ha rettferdighet. I juli 1997 falt dommen. Full seier i Oslo byrett. Han var forbigått.

Kilde: Scanpix og sykepleien.no



Skriv om egen praksis

Tidsskriftet Psykisk helse og rus ønsker at flere sykepleiere og spesialsykepleiere innen fagfeltet skriver om egen praksis. Å skrive om eget arbeid er en god anledning til å reflektere over praksis og er et viktig bidrag til utviklingen av faget vårt.

Tekst **Tor Christian Bjelland**, redaktør, Psykisk helse og rus

Har du skrevet en oppgave i forbindelse med master- eller videreutdanning? Holder du på med kvalitetsforbedringsprosjekter? Hvis du skriver en fagartikkel, kan andre dra nytte av kunnskapen du har tilegnet deg. Sykepleien kan bistå med veiledning til dem som ønsker å utarbeide fagartikler.

Det skal være rom for å uttrykke seg i forskjellige former og bli hørt om sine meninger om faget. Innspill, kronikker og etikkinnlegg ønskes også velkommen.

Omlegging til digital plattform

Sykepleien har en digital strategi for blant annet formidling av artikler, og vi i faggruppene i NSF må også endre noe på hvordan vi jobber med tidsskriftene. Fremtiden er digital, og det vil også mer av vår informasjon i 2018 være. Vi oppfordrer derfor våre medlemmer til å oppdatere «min side» på nsf.no med riktig e-postadresse.

Skrivekurs

Flere ganger har NSF-SPoR samarbeidet med NAPHA om skrivekurs både i Norge og på Lesvos. Dette har resultert i at flere har fått øvelse i å skrive om egen praksis, og flere gode artikler har blitt publisert etter disse skrivekursene. Lokalgruppene i SPoR oppfordres til å holde egne skrivekurs for sine medlemmer.

Vi i Psykisk helse og rus ønsker å høre mer om hvordan det er å være sykepleier der du jobber, med de utfordringene du møter i din hverdag. Ta kontakt med redaktør Tor Christian Bjelland på telefon 99 47 27 85 om du har lyst til å begynne å skrive eller har en artikkel du gjerne vil få publisert.

God skrive lyst! ■

FAKTA

Fremtiden er digital

NSF-SPoR går mer og mer over til digital informasjon til våre medlemmer. Vi oppfordrer derfor alle våre medlemmer til å oppdatere «min side» på nsf.no med riktig e-postadresse.

SKRIV OM PRAK-
SIS: Hvis du skriver en fagartikkel, kan andre dra nytte av kunnskapen du har tilegnet deg.





Recovery i Stjørdal kommune



Av Andreas Evenhus og Arve Stoum, avdelingsledere psykisk helse og rus, Stjørdal kommune

Med NAPHA og KoRus Midt-Norge med på laget satser Stjørdal hardt for å bli Nord-Trøndelags recoverykommune.

Det ble i 2016 vedtatt av rådmannen at det skulle etableres recoveryorienterte tjenester i Stjørdal kommune. Prosessen startet med å etablere et godt samarbeid med NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) og KoRus (Kompetansesenter rus) Midt-Norge.

Fremme brukerstemmen

I mars 2017 ble det arrangert kickoff med en heldagssamling for alle ansatte

«Et recoveryverksted skal fremme brukerstemmen i tjenestene.»

i virksomhet for psykisk helse og rus, representanter fra Mental helse og representanter fra DPS Stjørdal.

Vi har fått tilskudd fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag til to 50 prosent stillinger, en erfaringskonsulent og en som skal etablere et aktivitetstilbud. Disse skal også bygge opp et recoveryverksted for å fremme brukerstemmen i tjenestene i Stjørdal kommune.

Verdier og holdninger

Det er også nylig etablert et team i virksomhet for psykisk helse bestående av åtte personer. Disse har blant annet fått som mandat å fremme recoverytenkning, hvor verdier og holdninger blant de ansatte står sentralt.

Dette er også sentrale temaer i utviklingen av recoveryorienterte tjenester: bevisstgjøring av ansattes verdier og holdninger og brukernes egne verdier i deres egen recoveryprosess.

Feedbackorienterte tjenester

For å kunne gi brukerne den hjelpen de trenger og ønsker, er vi i gang med å innføre FIT, feedbackorienterte tjenester. Dette er en arbeidsmetode utviklet i USA som går ut på å utvikle tjenestene i samsvar med brukernes behov. Målet med FIT er å få systematiske tilbakemeldinger fra dem som benytter våre tjenester.

To av våre ansatte er i ferd med å utdanne seg til FIT-veiledere, og de vil deretter lære opp resten av kollegiet.

Vi har inngått avtale med Checkware, som er tilbyder av FIT-programvaren, og som tilfredsstiller alle kravene i Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren, som er utarbeidet på initiativ fra Helsedirektoratet og

FAKTA

Stjørdal kommune

- Ligger lengst sør i Nord-Trøndelag fylke, 35 km nord for Trondheim
- 23 311 innbyggere (2016)
- Areal: 938 km²
- Fikk bystatus 1. juni 1997
- Helse Midt-Norge administreres fra kommunen
- Værnes, landets tredje største flyplass, ligger i Stjørdal kommune
- Festivalen Blues in Hell arrangeres årlig på blant annet Hell og Hell stasjon

Kilder: Wikipedia, stjordal.kommune.no

har sitt sekretariat hos Direktoratet for e-helse.

Nord-Trøndelags recoverykommune

I prosessen med å etablere recoveryorienterte tjenester har vi som mål at alle ansatte får mulighet til å delta på kurs i motiverende intervju. Dette er en brukersentrert, målfokusert og evidensbasert samtalemetode hvor målet er å styrke en persons motivasjon til å endre atferd.

Vi er i startgropen, og målet er å bli Nord-Trøndelags recoverykommune, med NAPHA og KoRus på laget! Dette er en prosess vi gleder oss å fortsette på. ■



Vellykket satsing på kognitiv miljøterapi

Kognitiv terapi er en anerkjent metode innen psykiatri. Sykepleietjenesten ved psykiatrisk sengepost på Lovisenberg Diakonale Sykehus bruker nå teknikker fra metoden til å planlegge og gjennomføre meningsbærende samtaler med pasientene.



FAKTA

Av Geir Tarje Bruaset, ledende spesialsykepleier i psykiatrisk sykepleie, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Kjersti Sundbye, enhetsleder, psykiatrisk klinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2017.64279

Kognitiv terapi er en anerkjent og populær behandlingsform, både for somatiske og psykiatriske lidelser, og anvendes i stadig større grad (2). Det er en veldokumentert behandlingsform, og behandlingen er blant annet anbefalt i nasjonale veiledere for psykiske lidelser (3). Kognitiv terapi ble utviklet av den amerikanske psykiateren Aaron Beck på 1960-tallet. Han utviklet en strukturert kortvarig «her og nå»-orientert psykoterapi, opprinnelig rettet mot behandling av depresjon. I tillegg egner behandlingsformen seg til modifisering av dysfunksjonelle tankemønstre og atferd (4).

Et menneske med en psykisk lidelse kan ha en mental aktivitet bestående av strømmer med negative tanker og forestillingsbilder – av gårdsdagen, dagen i dag eller tanker om fremtiden. Disse tankene kan være basert på høyst reelle hendelser og virker svært overbevisende for pasienten. Men de kan også være overdrevne eller direkte feilaktige (2). Et viktig mål

åpne spørsmål og jevne tilbakemeldinger (2). Terapimetoden har vist seg å ha god effekt på reduksjon av ubehag knyttet til hørselshallusinasjoner (3). Den kan også bidra til å redusere negative symptomer, depresjon og sosial angst (4). Kognitiv terapi retter seg mot problemløsning både ved psykiske og somatiske plager, samt livsstilsendring ved alvorlig somatisk sykdom.

Bakgrunn

Kognitiv terapi er et satsingsområde for psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og er nedtegnet i handlingsplanen for 2015. Klinikken består av sju poster, og prosjektet ble utført på en av klinikkens lukkede, intensive sengeposter. Posten har som mål å integrere kognitiv terapi som behandlingsverktøy i sykepleietjenesten. Implementeringsprosjektet er godkjent av avdelingsledelsen, samt godt forankret i og initiert av sykepleielederen i posten, som består av avdelingssykepleier Kjersti Sundbye, og ledende spesialsykepleiere Carina Midgaard og Geir Tarje Bruaset.

Legene og psykologene ved posten er også opptatt av pasientenes tilbakemeldinger på opplevd nytte og verdi. Flere av personalet har tatt videreutdanning og intensivkurs i kognitiv terapi, og det har vært gjentatte internundervisninger om temaet. Personalet som har tatt denne videreutdanningen, opplever modellen som et nyttig verktøy i møte med pasienten. Modellen har hjulpet sykepleieren til å fremme sin rolle som behandler, ved å planlegge og gjennomføre meningsbærende samtaler med aktuelle temaer under pasientens innleggelse.

I forkant av implementeringsprosjektet, ble det

«Modellen har hjulpet sykepleieren til å fremme sin rolle som behandler.»

i kognitiv terapi, er å hjelpe pasienten å identifisere negative tankemønstre.

Målet i terapien er å gi innsikt i og forståelse av sammenhengen mellom negative tanker, ubehagelige følelser og uhensiktsmessig atferd. Terapien baserer seg på gjensidig respekt, en felles målsetting, konkrete



FAKTA

Kognitiv terapi, miljøterapi og kognitiv miljøterapi

Kognitiv terapi: Terapi som fokuserer på sammenheng mellom tanker, følelser og atferd slik at dysfunksjonelle tankemønstre kan bli bevisstgjort. Terapien er basert på individuell behandling eller gruppebehandling (1).

Miljøterapi: Behandlingsform som tar utgangspunkt i klientens ressurser og ståsted. Fellesskapet skal ha en terapeutisk effekt og målsettingen er å oppnå sosial støtte (1).

Kognitiv miljøterapi: En sammenstilling av kognitiv terapi og miljøterapi med formål om å ha en målrettet innsats i en gitt tidsperiode hvor aktiviteter inngår i behandlingen. Kognitiv miljøterapi brukes i hverdags-situasjoner i avdelingen (1).





nedfelt en ressursgruppe i kognitiv terapi ved den aktuelle sengeposten. Personalet som så langt ikke har fått systematisk opplæring i kognitiv terapi, viste interesse for behandlingsformen og ønsket opplæring.

I forkant av prosjektet ble det søkt om, og innvilget økonomisk støtte fra Lovisenberg Diakonale Høgskole. Studenter fra Høgskolen, som hadde sin praksis ved klinikken under prosjektperioden, ble inkludert i prosjektet i form av undervisning og grunnteknikker ved den kognitive modellen.

Implementering

Det finnes ingen allmenn implementeringsstrategi når man skal innføre kunnskapsbasert forskning i klinisk praksis. Det er en klar fordel at endringen skal være klinisk orientert, slik at sykepleiertjenesten kan se nytten av forskning i praksis (6). Oppsummert forskning viser at passiv distribusjon av kunnskap eller didaktisk undervisning har minimal effekt på praksis og dermed ikke er nok for å endre praksis (7). En viktig del av den pågående implementeringen har derfor vært et kontinuerlig fokus med overlappende aktiviteter, herunder workshops og en blandet aktiv og delaktig undervisningsform. Implementerings-

målet var å videreutvikle postens psykoedukasjonsgruppe i kognitiv terapi fra å omfatte angst- og depresjonsproblematikk, til også å inkludere psyko-seproblematikk.

Målgruppen var sykepleiertjenesten på posten – som består av sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, miljøterapeuter og studenter. Noen har videreutdanning i psykiatri og kognitiv terapi. I tillegg gjaldt det studenter som har sin praksisperiode i psykiatri på den aktuelle sengeposten.

Mål for studenter og sykepleiertjenesten:

- Forstå grunnmodellen i kognitiv terapi
- Kjenne til og utføre kartleggingsverktøy i kognitiv terapi som viser sammenhengen mellom en tenkt situasjon, tanker som oppstår, og følelser knyttet til tankene
- Undervise pasienter og bruke kartleggingsverktøy i kognitiv terapi
- Undervise studenter i kognitiv terapi
- Styrke strukturen i pasientsamtaler ved hjelp av modellen i kognitiv terapi.

Forløp og gjennomføring

I prosjektet arrangerte avdelingen workshops og aktiv veiledning for å implementere kognitiv miljøterapi som behandlingsmetode for pasienter på psykiatrisk sengepost i perioden juni 2015–juni 2016. Det ble satt av 15 måneder til gjennomføring av prosjektet. I løpet av implementeringsperioden ble det holdt workshops og fagmøter i kognitiv terapi for ansatte i posten og for sykepleierstudenter knyttet til klinikken. Prosjektledere har gitt ansvaret til den delen av sykepleiertjenesten som har hatt kjennskap til den kognitive modellen fra tidligere. Gradvis har det øvrige personale fått mer og mer ansvar for å ta del i undervisning av både pasienter og studenter.

Etikk og juss

Sykepleiertjenesten er informert om prosjektet. All pasientdeltakelse i undervisningsgrupper er basert på frivillighet. Deltakere får informasjon om moralsk taushetsplikt i gruppen. I forkant av prosjektet ble det søkt og innvilget økonomisk støtte fra Lovisenberg Diakonale Høgskole.

Spørreundersøkelse

Det ble utført en anonym spørreundersøkelse – en «questback» – til alle ansatte ved posten i større stillingsprosenter før og etter at prosjektet var avsluttet.

Fordi kognitiv terapi har fått oppmerksomhet på

«Pasienter har gitt uttrykk for at tiltaket har hjulpet dem i egen tankegang, følelser og handlinger i konkrete hverdagssituasjoner.»

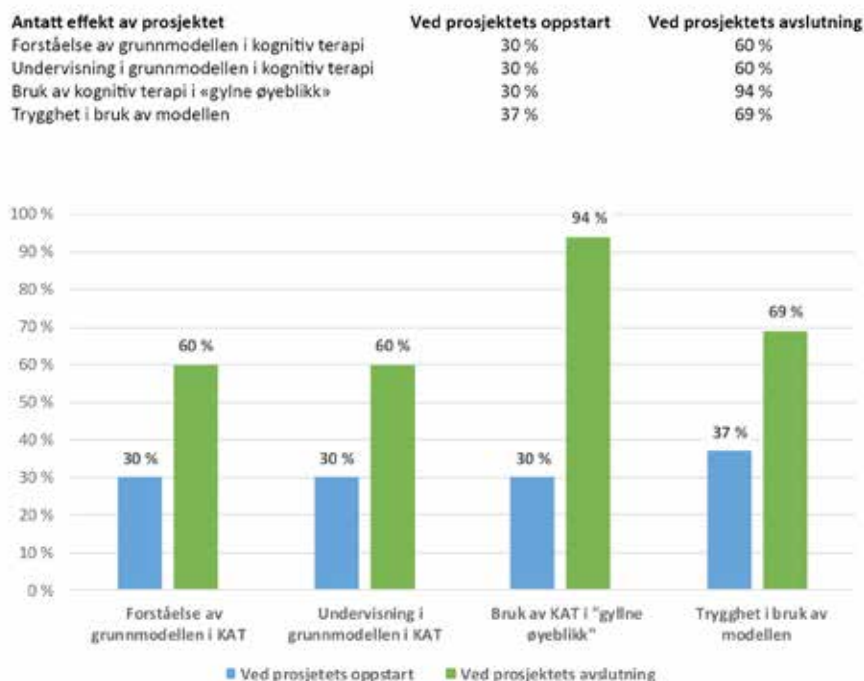
prosjektet legger dermed opptil både undervisning og praktisk gjennomføring.

Problemstilling for prosjektet har vært: «Hvordan lykkes med opplæring og implementering av kognitiv miljøterapi for sykepleiertjenesten ved posten og samtidig inkludere studenter i utviklingen?».

Målsetting

Kognitiv miljøterapi er et integrert behandlingsverktøy i sykepleiertjenesten på posten. Det overordnede

Figur 1: Antatt effekt av prosjektet



klinikknivå, valgte prosjektledere å inkludere alle postens tverrfaglige ansatte, altså både ansatte som har og ikke har fokus på behandlingssamtaler med pasient. Resultatet omfatter da flere enn selve målgruppen.

Måloppnåelse:

- Forståelse av grunnmodellen i kognitiv terapi: De fleste av respondentene svarer at de forstår grunnmodellen i kognitiv terapi ved prosjektets avslutning.
- Undervisning av pasienten i grunnmodellen i kognitiv terapi: Før prosjektets start oppga 30 prosent av respondentene at de hadde brukt kognitiv terapi i planlagte samtaler. Ved prosjektets avslutning oppga 60 prosent at de hadde brukt kognitiv terapi i planlagte samtaler.
- Bruk av kognitiv terapi i «gyllne øyeblikk»: 94 prosent av respondentene sier at de bruker teknikker i kognitiv terapi i spontane samtaler med pasienter. Før prosjektets oppstart oppga cirka 30 prosent at de brukte kognitiv terapi i spontane samtaler.
- Trygghet i bruk av den kognitive modellen: 69 pro-

sent av de spurte opplevde å være lite trygg på bruk av den kognitive modellen ved oppstart. Ved prosjektets slutt svarer 37 prosent at de kjenner seg lite trygg. Studentene har, sammen med sin veileder, fått tilbud om undervisning i kognitiv terapi. Undervisningen var en del av implementeringsstrategien, og ble holdt av postens personale som har gått intensivkurs i kognitiv terapi. Det viktigste har vært forståelse av grunnmodellen i kognitiv terapi og opplæring i bruk av kartleggingsverktøy.

Det er ikke gjennomført noen formell undersøkelse av studentenes opplevelse av ferdighetsnivå innen kognitiv terapi. Imidlertid har flere av studentene gitt muntlig tilbakemelding på undervisningen de har fått, og deres innspill har påvirket hvordan neste undervisningsbolk har blitt lagt opp. Således har studentene vært inkludert i prosjektet, både som passive og aktive deltakere.

Figur 1 viser resultat av «questback» ved oppstart av implementeringsprosjektet, og ved prosjektets avslutning.





Konklusjon

Vårt hovedmål ved prosjektoppstart var at kognitiv miljøterapi skulle være et integrert behandlingsverktøy i sykepleietjenesten ved posten. Ut ifra svarene vi har fått i spørreundersøkelsen, later det til at personalet både har bedre kjennskap til og har en større tro på egne ferdigheter med kognitiv terapi og bruker teknikker fra modellen i planlagte, strukturerte pasientsamtaler.

Ett år etter prosjektimplementering, har de fleste i sykepleietjenesten holdt psykoedukasjonsgrupper for pasienter i kognitiv terapi. Pasienter har gitt uttrykk for at tiltaket har hjulpet dem i egen tankegang, følelser og handlinger i konkrete hverdagssituasjoner. Evaluering av personalets erfaringer gjennomført før og etter implementeringsperioden, viser en økt faglig forståelse og trygghet i bruk av modellen.

Videre arbeid med å se på allerede igangsatte tiltak blir viktig i tiden fremover, samt systematisk opplæring av nyansatte. Erfaring fra implementering av ny praksis viser at det tar tid å få til endring. Det er derfor viktig å opprettholde fokus på implementering av kognitiv miljøterapi.

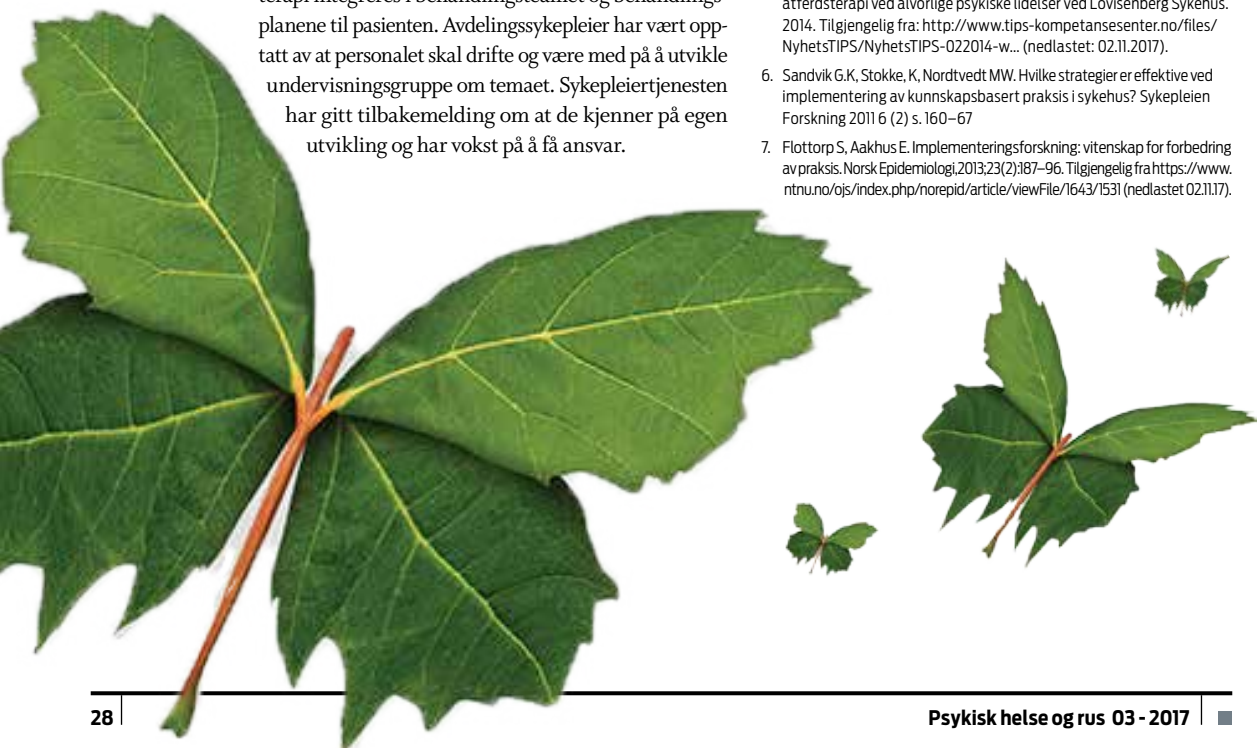
Personalet har fått være med på en implementeringsprosess og utvikle seg faglig i sin kliniske hverdag. Det gis tilbakemelding om at ledelsen legger til rette for å implementere kognitiv miljøterapi, samt gir plass for at sykepleietjenesten skal lære seg modellen og å utvikle seg faglig. Respondentene opplever også at kognitiv terapi integreres i behandlingsteamet og behandlingsplanene til pasienten. Avdelingssykepleier har vært opptatt av at personalet skal drifte og være med på å utvikle undervisningsgruppe om temaet. Sykepleiertjenesten har gitt tilbakemelding om at de kjenner på egen utvikling og har vokst på å få ansvar.

Postens leger og psykologer har også validert og støttet implementeringen av kognitiv miljøterapi. På et tverrfaglig seminar for posten uttalte en av psykiaterne følgende: «Det kjennes godt for meg som psykiater å følge denne utviklingen. Det er fint at sykepleiertjenesten er med på å ta ansvar for noen av disse til tider utfordrende samtale, og det avlaster mye av arbeidet mitt.»

En spennende videreføring av prosjektet ville vært å kartlegge nytteverdi av den kognitive modellen hos pasienter som har blitt tilbudt kognitiv terapi. Flere av pasientene som har fått kjennskap til modellen, har imidlertid opplevd den så hensiktsmessig i eget liv, at behandlingen og igangsatte tiltak har blitt videreført i poliklinisk behandling. ■

Referanse

1. Solbjørg, M., Kleiven, H.H. Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse arbeid. Tilgjengelig fra: <https://samforsk.no/Publikasjoner/Kognitiv%20milj%C3%B8terapi%20WEB.pdf> (nedlastet 22.11.17)
2. Berge T, Repål P. Kort om kognitiv terapi. I: Berge T, Repål A. (red). Håndbok i kognitiv terapi, Oslo: Gyldendal akademisk, 2014
3. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: 2013. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf> (nedlastet: 28.11.2017).
4. Beck JS. Cognitive behavior therapy Basics and beyond Second edition. New York: The Guilford Press, 2011
5. Gjermundsen, K. Implementering som virker? Opplæring i kognitiv atferdsterapi ved alvorlige psykiske lidelser ved Lovisenberg Sykehus. 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.tips-kompetansesenter.no/files/NyhetsTIPS/NyhetsTIPS-022014-w...> (nedlastet: 02.11.2017).
6. Sandvik G.K, Stokke, K, Nordtvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? Sykepleien Forskning 2011 6 (2) s. 160–67
7. Flottorp S, Aakhus E. Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. Norsk Epidemiologi. 2013;23(2):187–96. Tilgjengelig fra <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/1643/1531> (nedlastet 02.11.17).





Årets forskningsartikkel

Årets forskningsartikkel vil fra 2018 bli kåret i forbindelse med forskningsseminaret ved den årlige Psykisk helse og ruskonferanse som NSF-SPoR arrangerer.

NSF-SPoR ønsker å fremme og synliggjøre sykepleieforskning innen psykisk helse og rus. Landsstyret har derfor initiert og satt sammen en vitenskapelig komité som skal vurdere og innstille en artikkel til årets forskningsartikkel.

Kriterier for å bli tatt i betraktning:

- Artikkelen skal være publisert i et forsknings-
tidsskrift, nasjonalt eller internasjonalt.
- Artikkelen skal være publisert i et forsknings-
tidsskrift, nasjonalt eller internasjonalt.
- Artikkelen skal omhandle temaet
psykisk helse og/eller rus.
- Artikkelen skal ha en sykepleier som
førsteforfatter.

Forslag til artikkel kan sendes til:

Faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus
på e-post: nfspor@gmail.com, innen 31. januar 2018.





SIM-PAD: Tidlig og god HLR kan tredoble sjansen for å overleve plutselig, uventet hjertestans. Foto: Svend Gabrielsen Lunde

Forbedrer HLR-beredskapskapen

Mandag 16. oktober ble den årlige Restart a Heart Day markert over hele Europa. Kampanjen ble startet for å sette søkelys på viktigheten av hjerte- og lungeredning ved hjertestans.

Tekst **Ulrikke Valvik Mitchell**, kommunikasjonsrådgiver, SUS og **Tor Christian Bjelland**, redaktør, Psykisk helse og rus



Tidlig og god HLR, hjerte-lunge-redning, kan tredoble sjansen for å overleve plutselig, uventet hjertestans. Kampanjen har som mål å skape bevissthet rundt at alle kan lære seg grunnleggende HLR, samt legge til rette for at det holdes kurs i dette på skoler og i andre offentlige virksomheter.

Alle har et ansvar

På Sentralsykehuset i Stavanger ble dagen markert mandag 16. oktober. Da kjørte fem team rundt på psykiatriske poliklinikker og sengeposter med en SIM-pad (se bildet) i seng og oppfordret medarbeidere til å utføre god HLR i tre

minutter hver, med mest mulig «hands on»-tid, det vil si kontinuerlig HLR.

Det er ønskelig at HLR-ressurserpersonene bidrar til organisering og prak-

«Det hjelper lite med en hjertestarter uten kunnskap og trening.»

tisk gjennomføring av opplæring på sin sengepost/poliklinikk. Markeringen av

Restart a Heart Day vil dermed ikke erstatte årlig HLR-opplæring. – Din innsats kan redde liv, enten det er på sykehuset, hjemme eller på gaten, sier leder for Resuscitasjonskomiteen på SUS, Kristian Lexow.

HLR på psykiatriske avdelinger

Tiden som går fra en person får hjertestans til man får gitt sjokk med en hjertestarter, er meget kritisk. Til nå har det ikke vært tilgjengelige hjertestartere på de fleste psykiatriske avdelingene i Helse Stavanger, men i løpet av det siste året har de to klinikkene anskaffet over ti halvautomatiske hjertestartere til sine



FAKTA

God HLR på 1-2-3

1. Ring 1-1-3

- Se etter tegn til liv
- Rop på hjelp og ring 1-1-3
- Åpne luftveien og sjekk pusten
- Start HLR hvis pasienten ikke puster normalt
- Få noen til å hente en hjertestarter

2. Fortsett HLR

- Trykk brystet ned 5–6 cm, 30 ganger
- Gi 2 korte innpust
- Fortsett å trykke 30 ganger
- Veksle mellom 30 brystkompressjoner og 2 innpust
- Trykk uten stopp hvis du ikke klarer innpustene
- Du får hele tiden hjelp fra 1-1-3
- Fortsett HLR til hjertestarteren eller ambulansen er framme og fysisk avløser deg

3. Hjertestarter

- Fortsett å trykke på brystet til hjertestarteren er slått på og ber deg stoppe!
- Følg hjertestarterens råd
- Fortsett helt til hjelpen kommer

avdelinger, sier HLR-kordinator ved SUS, Stian Bergby.

Flere av avdelingene er desentraliserte og må dermed klare seg alene en stund grunnet utrykningstid. Derfor er denne investeringen i hjertestartere viktig.

Dermed kan nå alle psykiatriske sengeposter i Helse Stavanger tilby hjertestarter innen tre minutter, noe som er i tråd med internasjonale anbefalinger.

Men det hjelper lite med en hjertestarter uten kunnskap og trening. I løpet av høsten etableres et nettverk av ressurspersoner på de to psykiatriske klinikkene, som i januar skal

kurses i å holde HLR-undervisning i egen avdeling. I tillegg skal det lages nye akuttbager til hver avdeling med det aller mest nødvendige utstyret som man trenger mens man venter på ambulansen.

Etterspør mer opplæring i HLR

– Det var først da ambulansesstasjonen skulle flyttes lenger vekk fra bygningsmassen til de psykiatriske postene at jeg begynte å se nærmere på hvordan det sto til der. I tillegg var det en økt etterspørsel etter HLR-opplæring fra psykiatrien til meg som HLR-kordinator. Funksjonen som HLR-kordinator er ganske ny på

SUS, men tilbakemeldingene fra pilotkursene for DPS-ene er at kompetansen på god HLR har økt betraktelig. Et slikt organisert system for HLR-trening har

«Kompetansen på god HLR har økt betraktelig.»

Stian Bergby, HLR-kordinator ved SUS

eksistert i de somatiske klinikkene en stund, og samme modell innføres nå i psykiatrien, forteller Bergby. ■



Frisk gjennom gruppebehandling

Strukturert og systematisert gruppebehandling har vist seg å kunne bidra til mestring og tilfriskning for mennesker med alvorlig psykisk sykdom.

FAKTA

Av Ann-Elin Riveira Kvie,
psykiatrisk sykepleier,
Sola DPS

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 110.4220/
Sykepleiens.2017.64144

Strukturerte behandlingstilbud som inkluderer pasientens og familiens behov for kunnskap om lidelsen, blir kalt for psykoedukative eller kunnskapsbaserte metoder. Disse metodene fokuserer på ressurser og optimal mestring, og det gis opplæring i hvordan lidelsen kan håndteres på best mulig måte (1). Psykoedukasjon vil i denne fagartikkelen bli presentert gjennom et psykoedukativt gruppebehandlingstilbud kalt IMR. Programmet har hovedvekt på struktur og systematikk. IMR er utviklet for å hjelpe mennesker med alvorlig psykisk sykdom med å tilegne seg kunnskap om egen sykdom og utvikle strategier for å mestre sine lidelser. I tillegg vektlegges utvikling av håp, forbedring av livskvalitet og aktiv jobbing mot personlige tilfriskningsmål (2).

Teoretisk perspektiv

Utvikling av strategier for å mestre utfordringer er sentralt innen IMR. Dette sammenfaller med recovery-perspektivet, som handler om å utvikle strategier for å mestre ulike psykiske utfordringer og

å kunne takle de sosiale konsekvensene som disse problemene fører med seg. Målet med recovery er at mennesket kan leve et meningsfullt liv, til tross for de hindringer som sykdommen medfører (3). Recovery hviler samtidig på en salutogen tilnærming hvor mestringsperspektivet og livskvalitet står sentralt. I et salutogent perspektiv styres oppmerksomheten mot hele personen i samspill med personens omgivelser, og man legger vekt på hva som styrker og fremmer helsen (4).

Den salutogenetiske modellen er sentral innen mestringsperspektivet og tar utgangspunkt i Antonovskys tenkning rundt helse, stress og mestring. Gjennom begrepet «opplevelse av sammenheng» presenterer han tre underbegreper. Disse er begripelighet, håndterbarhet og mening. For å kunne oppnå høy opplevelse av sammenheng hevder Antonovsky at mennesket må kunne forstå situasjonen. Samtidig må vedkommende ha tro på at nødvendige ressurser er tilgjengelige for å finne løsninger. Til sist må utfordringer oppleves som motiverende (5). I IMR-programmet er disse elementene høyt vektlagt nettopp med tanke på at pasientene skal oppleve sammenheng i tilværelsen gjennom læring, mestring og mening.

Metode

Artikkelen bygger på et litteraturstudium med utgangspunkt i et utvalg vitenskapelige artikler, samt en fagartikkel. På bakgrunn av resultatene i den enkelte artikkel ble det identifisert noen nøkkel-funn, som etter hvert ble til fire hovedtemaer med tilhørende undertema (Tabell 1).

Sammendrag: Psykosepasienter som deltar i en IMR-gruppe kan dra nytte av psykoedukasjon som metode for å fremme egen mestring og tilfriskning. Basert på et litteraturstudium ble det avdekket fire hovedtemaer som var avgjørende for mestring og tilfriskning.

Nøkkelord: Økt kunnskap, styrket selvfølelse, sosial samhandling og struktur.



Funn

Økt kunnskap

Funn fra artikkelen til Färdig, Lewander (6) vektlegger den positive effekten som IMR-programmet hadde på schizofrenipasienter og deres måte å håndtere sykdommen på. Resultatene viser at IMR-deltakerne bearbeidet symptomer på en bedre måte og at de viste større innsikt i sykdommen sin. Dette er sammenfallende med funn fra artikkelen til Hasson-Ohayon, Roe (7) hvor merkbare forbedringer hos IMR-deltakerne med hensyn til kunnskap om egen

sykdom og sykdomshåndtering, ble framhevet. I en annen studie av Roe, Hasson-Ohayon (8) vektlegges det hvordan deltakelse i IMR-programmet hadde fremmet deltakernes kognitive fungering og dermed gjort det lettere å forstå og ta hånd om egen sykdom. Studien til Van Langen, Beentjes (9) fremhever på sin side hvordan enkelte av deltakerne gjennom identifisering av triggere med hensyn til stress og sårbarhet, sto bedre rustet til å takle symptomer på sykdom.

Roe, Hasson-Ohayon (8) peker på hvordan læring av ny informasjon vedrørende egen sykdom og håndtering av medisiner ga pasientene ny innsikt og tro på at endringer var mulig. I artikkelen til Lee, Xie (10) framheves noe av det samme og det vises til hvordan læring ga en dypere forståelse av sykdom og endret pasientenes holdninger knyttet til medisiner og behandling. Nilsen, Frich (11) gir i sin artikkel uttrykk for at kunnskap og læring gjorde pasientene mindre redde og mer i stand til å legge planer for fremtiden.

Artikkelen til Roe, Hasson-Ohayon (8) viser til at et gruppemiljø preget av håp og empowerment med fokus på personlige mål representerer recovery-perspektivet. I en annen studie av Hasson-Ohayon, Roe (7) peker funnene i retning av det samme med hensyn til mål. Samtidig påpekes det i artikkelen at

VIKTIG STØTTE:

Den sosiale støtten fra andre, deling av erfaring og relasjonsbygging innad i gruppene hadde stor betydning for deltakerne, viser et av funnene i studien. Foto: Mostphotos

TABELL 1: Hovedtemaer og undertemaer

Hovedtema	Undertema
Økt kunnskap	<ul style="list-style-type: none"> • Sykdomshåndtering og sykdomsinnsikt • Læring av ny informasjon • Fremme recovery
Styrket selvfølelse	<ul style="list-style-type: none"> • Håp for fremtiden • Mestring
Sosial samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Erfaringsdeling og sosial støtte • Relasjoner
Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Personlige mål • Hjemmeoppgaver • Håndbok



programmet – i tillegg til å være recovery-orientert – også var informativt. Studien til Van Langen, Beentjes (9) peker utelukkende på hvordan IMR-programmet fremmer recovery hos psykosepasienter. I tillegg til funn relatert til måloppnåelse fant forfatterne at evner med hensyn til sykdomshåndtering, deling av likemannsinformasjon, praktisering av ervervete evner og nytte av IMR-håndboken er temaer som alle fremmer recovery-prosessen for denne pasientgruppen.

Styrket selvfølelse

Styrket selvfølelse er et av de andre hovedfunnene, som viste seg å ha stor betydning for håp for fremtiden og mestring av hverdagens utfordringer. Ifølge Roe, Hasson-Ohayon (8) bidro deltakelse i IMR-programmet til inspirasjon og kompetanse. En av deltakerne i denne studien sier følgende om hvordan programmet bidro til håp: «It gave me the strength to believe in myself, that there is a purpose, that progress can be done. That we didn't reach the end of the way» (8, s. 289). Van Langen, Beentjes (9) vektlegger hvordan erfaringsdelingen fremmet håpet ved at deltakerne utvekslet tips som omhandlet virksomme strategier for måloppnåelse, mestring av symptomer og forhindring av tilbakefall. Samtidig fungerte deltakerne som rollemodeller for hverandre, noe som førte til at de hadde noe å strekke seg mot med hensyn til hva som var mulig å oppnå. Praktisering av tillærte evner i dagliglivet og oppnåelse av personlige mål var

«Den sosiale støtten kan samtidig bidra til at pasienten opplever trygghet og tilhørighet.»

også med på å fremme håpet og styrke selvfølelsen.

Funn viser hvordan deltakelse i IMR-grupper fremmet mestring og ga styrket selvfølelse. Roe, Hasson-Ohayon (8) framhever i sin artikkel at det å mestre ble sett på som et viktig område for videre framgang. En av deltakerne i denne studien uttaler følgende i forbindelse med mestring: «The program helped me to cope with aggressive thoughts by knowing how I should manage my life in the right way to overcome these thoughts» (8, s. 288). Flere deltakere i studien til Van Langen, Beentjes (9) uttrykte at de opplevde økt mestring når de hadde

FAKTA

IMR

IMR står for Illness, Management and Recovery og er et evidensbasert program for individuell mestring og tilfriskning. Rehabiliteringsprogrammet er psykoedukativt med hovedvekt på struktur og systematikk. Det er utviklet for å hjelpe mennesker med alvorlig psykisk sykdom til å tilpasse seg kunnskap om egen sykdom og utvikle strategier for å mestre sin psykiske lidelse. I tillegg fokuseres det på utvikling av håp, forbedring av livskvalitet og aktiv jobbing mot personlige tilfriskningsmål (1).

kunnskap om hvordan de skulle forholde seg når symptomer på psykose var tilbakevendende. Samtidig ble det rapportert om at de første erfaringene deltakerne gjorde seg med hensyn til mestring var at det genererte positive følelser. Dette virket videre styrkende på selvfølelsen deres og ga dem større kontroll over eget liv.

Sosial samhandling

Et annet sentralt funn dreier seg om sosial samhandling hvor den sosiale støtten fra andre, deling av erfaring og relasjonsbygging innad i gruppene hadde stor betydning for deltakerne. Funn fra flere artikler peker på viktigheten av sosial støtte og det å dele erfaringer om sykdom som et ledd i tilfriskningsprosessen (8-13). I artikkelen til Van Langen, Beentjes (9) ble det påpekt at det å snakke om sykdomserfaringer åpent i gruppa førte til gjenkjennelse, voksende aksept og forsoning med sykdommen. Roe, Hasson-Ohayon (8) peker i sin artikkel på hvordan den sosiale støtten som deltakerne følte fra de andre i gruppen bidro til mer åpenhet, bedre flyt i samtalen dem imellom og en varm atmosfære.

Et felles trekk for flere av studiene var deltakernes positive syn på hvordan deltakelse i IMR-grupper fremmet gode relasjoner (7-9, 13). I artikkelen til Van Langen, Beentjes (9) kommer det tydelig fram at det gjennom deling av felles erfaringer skapes gode relasjoner mellom deltakerne i IMR-gruppen, mens det i artikkelen til Roe, Hasson-Ohayon (8) påpekes hvordan åpenheten og den gode atmosfæren skapte gode relasjoner.

Struktur

Det siste hovedfunnet dreier seg om struktur og hvordan personlige mål, hjemmeoppgaver, praktisering

av ferdigheter og bruk av IMR-håndboken hjalp deltakerne til struktur i hverdagen. Flere artikler viser til betydningen av programstruktur i gruppesammenheng. Nilsen, Frich (11) legger i sin artikkel vekt på viktigheten av struktur for personer som har en psykoselidelse. Det å vite hva en skal gjøre og hva en kan forvente er viktige forutsetninger for deltakelse i psykoedukative grupper. I artikkelen til Van Langen, Beentjes (9) fremheves det at læring i å sette seg personlige mål var en av de viktigste prestasjonene i deltakernes bedringsprosess. IMR-programmet lærte dem hvordan de skulle bryte ned de store personlige målene til mindre kortsiktige oppnåelige mål. Samtidig ble deltakerne klar over at et mål kunne oppnås på forskjellige måter og at det var smart å jobbe steg for steg. Roe, Hasson-Ohayon (8) setter i sin artikkel også søkelyset på viktigheten av å sette seg personlige mål. Her blir det framhevet at det å jobbe med målene var positivt for den kognitive funksjonen ved at oppmerksomheten ble skjerpet og læreevnen styrket.

I artikkelen til Roe, Hasson-Ohayon (8) ble det påpekt at det psykoedukative aspektet i IMR-gruppene i form av oppmerksomhetstrening og økt læring hadde positiv innvirkning med hensyn til utførelse av hjemmeoppgavene. Van Langen, Beentjes (9) trekker fram hvordan deltakerne hadde utbytte av å praktisere de tillærte ferdigheter i det daglige liv og hvordan små steg ble oppnådd mellom hvert gruppemøte.

I forhold til IMR-håndboken med sin oppbygde struktur viser sammenfallende funn i artiklene til Mandelid, Lid (12) og Roe, Hasson-Ohayon (8) hvordan boken er en viktig bidragsyter på vei mot tilfriskning. Mandelid, Lid (12) legger vekt på håndbokens inndeling av ulike moduler, som det jobbes med fra gang til gang og viktigheten av at det utarbeides individuelle målsettinger med tilhørende hjemmeoppgaver innenfor de ulike modulområdene. I artikkelen til Roe, Hasson-Ohayon (8) ble det pekt på at håndboken var et verktøy, som kunne være til hjelp og som ga forslag til ulike måter å mestre livet på. Samtidig ble det trukket fram at håndboken har mye potensial med hensyn til at endring er mulig.

Diskusjon

Basert på Antonovskys teori viser forståelighet eller begripelighet til hvordan mennesket forstår indre og ytre stimuli (5). For mennesker med psykoselidelser er naturlig nok den kognitive funksjonen noe svekket, og de stressfaktorene som oppleves i hverdagen



kan fort oppleves som kaotiske og uforklarlige. For at man skal øke forståelighet hevder Antonovskiy (5) at de stressfaktorene man møter må fremstå som ordnede, sammenhengende, strukturerte og tydelige. I forhold til psykoedukasjon i gruppe for pasienter med psykoselidelse er undervisningen prøvd tilpasset og tilrettelagt for deres kunnskapsnivå. Dette er

SAMHANDLING: Sosial støtte fra andre og deling av erfaring hadde stor betydning for deltakerne. Foto: Mostp-hotos

«Kunnskap og læring gjorde pasientene mindre redde og mer i stand til å legge planer for fremtiden.»

gjort nettopp for at deltakerne skal forstå det som blir presentert for dem, slik at stresset avtar. Den psykoedukative metode er altså tilpasset de kognitive begrensningene, som er en del av sykdomsbildet (2).

For å øke deltakernes forståelighet under deltakelse i IMR-programmet er det lagt vekt på problemløsning, samhandling med andre, ansvar for egen læring samt å jobbe målbevisst mot personlige mål. Ifølge Antonovskiy (5) er det når pasienten klarer å omsette informasjonen til noe som gir mening for seg selv, at vi snakker om forståelighet. Pasienten vil da oppleve mestring av informasjonen og kan sette



informasjonen inn i sin egen kontekst. Når pasienten videre har evne til å benytte informasjonen til praktisk handling, som gjør at han/hun klarer å kontrollere situasjoner som oppstår, er vi over på begrepet håndterbarhet.

Ved å trene aktivt på situasjoner som føles uhandterlige, for eksempel gjennom rollespill, er det lettere for deltakerne i IMR-grupper å ta kontroll og mestre ulike situasjoner i dagliglivet. Når pasienten til sist evner å legge verdi til opplevelser og hendelser og i tillegg klarer å knytte dette til egen oppfattelse, snakker vi om begrepet meningsfullhet. Antonovsky hevder at betydningen av sosial støtte og etablering av emosjonelle bånd er av stor viktighet når det gjelder å skape mening. Gjennom den sosiale støtten, som deltakerne i IMR-grupper viser hverandre, vil opplevelsen av mening og mestring styrkes. Deltakerne vil dermed kunne opparbeide seg større evne og mulighet for å nyttiggjøre seg andre iboende ressurser. Den sosiale støtten kan samtidig bidra til at pasienten opplever trygghet

«Åpenheten og den gode atmosfæren skapte gode relasjoner.»

og tilhørighet. Innad i en IMR-gruppe skjer dette i samspill med personalet ved å tilrettelegge for at pasienten kan oppleve seg selv som en del av fellesskapet og ved å hjelpe deltakeren til å se seg selv på en ny måte for videre å styrke selvfølelsen.

Ved å være sosialt involvert i gruppesammenheng er deltakerne både givere og mottakere av sosial støtte. Jormfeldt (14) referert i Langeland (4) vektlegger at dette skaper en gjensidighet som videre vil styrke båndene mellom deltakerne og bygge opp et positivt gruppeklima. Hvis gruppeklimaet i tillegg oppleves tillitsfullt kan dette få positive ringvirkninger i form av at en kan få nyttige tips og råd, få gode rollemodeller, se ting i et nytt lys, utvikle en deltakende kompetanse og få styrket selvtillit på bakgrunn av andres tilbakemeldinger (15). Dette vil videre skape grobunn for samspill, relasjonsbygging, mestring og tilfriskning.

Konklusjon

Med bakgrunn i litteraturen som denne fagartikkelen bygger på, kommer det fram at IMR-programmet med sitt psykoedukative utgangspunkt innehar

stort potensial. Med egenerfaring fra arbeid på sengepost, hvor psykoedukasjon i gruppe er etablert, ser en at bruk av IMR-programmet – som vektlegger mestring og tilfriskning – har stor nytteverdi. Først og fremst med tanke på opparbeidelse av kunnskap om egen sykdom, men også med hensyn til overførbarhet til dagliglivet etter utskrivelse. IMR-programmet kan med dette sies å være en viktig start i en psykoedukativ prosess og et godt verktøy på vei mot videre tilfriskning. ■

Referanse

1. Rund BR. Schizofreni. 2 ed. Stavanger: Hertervig forlag; 2006.
2. Mueser KT, Gingerich S. Individuell mestring og tilfriskning. Minnesota: Hazelden; 2011.
3. Karlsson B, Borg M. Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
4. Langeland E. Salutogenese og psykiske helseproblemer - en kunnskapsoppsummering. Bergen: NAPHA, 2014 Tilgjengelig fra: <http://napha.no/content/14907/Salutogenese-og-psykiske-helseproblemer>..... Nedlastet 16.11.17.
5. Antonovsky A. Helsens mysterium : den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
6. Färdig R, Lewander T, Melin K, Folke F, Fredriksson A. A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2011;62(6):606-12.
7. Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of the Illness Management and Recovery Program. *Psychiatric Services*. 2007;58(11):1161-5.
8. Roe D, Hasson-Ohayon I, Salyers MP, Kravetz S. A One Year Follow-Up of Illness Management and Recovery: Participants' Accounts of Its Impact and Uniqueness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2009;32(4):285-91.
9. Van Langen WJM, Beentjes TAA, Van Gaal BGJ, Nijhuis-van der Sanden MWG, Goossens PJJ. How the Illness Management and Recovery Program Enhanced Recovery of Persons With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Qualitative Study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30:552-7.
10. Lee K, Xie H, Parasuram R. The effects of psychoeducation on patients with schizophrenia and their families: An integrative review. *Singapore Nursing Journal*. 2014;41(2):3-16.
11. Nilsen L, Frich JC, Friis S, Røssberg JI. 'Patients' and Family Members' Experiences of a Psychoeducational Family Intervention after a First Episode Psychosis: A Qualitative Study'. *Issues in Mental Health Nursing*. 2014;35(1):58-68.
12. Mandelid LJ, Lid B, Färdig R. IMR - Illness Management and Recovery: Strukturert psykoedukasjon gjennom kobling av evidensbaserte og erfaringsbaserte tilnæringer i et dagbehandlingsprogram ved psykoser. *Dialog: bulletin for SEPREP*. 2013;23(2):44-54.
13. Skjelstad DV, Norheim I, Kristiansen Reiersen G, Mjøsund NH. Psykoedukasjon i gruppe for personer med bipolarlidelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2015;12:1041-50.
14. Jormfeldt H. Supporting positive dimensions of health, challenges in mental health care. *International Journal of Student Health Well-being*. 2011;6:7126.
15. Langeland E. Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. In: Gammersvik Å, Larsen T, editors. *Helsefremmende arbeid for sykepleiere i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget; 2012. p. 195-216.



Pårørendes innsats i samfunnet

Å være pårørende er noe de fleste av oss vil oppleve en eller flere ganger i livet. Pårørende er en uunnværlig ressurs for velferdsstaten, men også en gruppe som daglig står i utfordringer som påvirker liv, helse, arbeidsevne og økonomi.



Av Anita Vatland, leder, Pårørendealliansen

Av Anne-Grethe Terjesen, nestleder, Pårørendealliansen

For noen skjer det når de får barn som vil trenge livslang oppfølging på grunn av ulike medfødte eller ervervete tilstander. Andre opplever at et familiemedlem blir fysisk og/eller psykisk syk eller skadet i ulykker. Med en økende levealder vil mange måtte hjelpe eldre i sin krets som blir svekkete eller syke. Atter andre står som delaktige når en de holder kjær, blir avhengig av rusmidler.

Helsedirektoratet har tidligere regnet ut at rundt 800 000 mennesker er pårørende til enhver tid. Pårørendealliansen har selv summert opp antall medlemmer i ulike pasientorganisasjoner, sett på sykdomsstatistikk for alvorlig sykdommer, ulykkesstatistikk og dødsfallsregister. Om vi antar at minst én person står nær den det gjelder, får vi samme antall.

I kommunene estimeres det at pårørendes innsats utgjør nær halvparten av omsorgen som ytes, sammen med kommunale årsverk. Ifølge SSB yter pårørende årlig rundt 110 000 årsverk i uformell omsorg og sparer dermed samfunnet for minst 40 milliarder kroner. Dette er antakelig et forsiktig anslag.

Paraplyorganisasjon for pårørende

Pårørendes rolle er beskrevet i utallige

statlige føringer som en uunnværlig ressurs for at man også i fremtiden skal kunne opprettholde vår velferdsstat. I NOU-en Innovasjon i omsorg (2011) står det for eksempel at det er paradoksalt at Norge er det eneste landet i Europa som ikke har en egen paraplyorganisasjon for pårørende som kan ivareta deres interesser.

Dette ønsket vi å gjøre noe med. I november 2016 fikk vi anerkjennelse av Helse- og omsorgsdepartementet om at man ønsket dette, og vi er i full gang med å synliggjøre pårørendes rolle Norge.

Pårørendealliansen er en paraplyorganisasjon for pårørende og dem som yter familieomsorg. Vi ønsker å forbedre vilkårene for pårørende i Norge, uavhengig av diagnose eller tilstand til den/dem man er pårørende til.

For å bidra til kunnskap på feltet ønsket vi å kartlegge utgangspunktet for dem som yter uformell omsorg i dag. Derfor utarbeidet vi en diagnoseuavhengig pårørendeundersøkelse for å øke kunnskapen på dette området.

De viktigste funnene

3127 personer svarte på undersøkelsen.

- Kjønn: 92 % av dem som svarte, var kvinner, 8 % var menn.

FAKTA

Pårørendealliansen på nett

Ønsker dere mer informasjon eller å følge oss, er vi både på Facebook, Twitter @ParorendeAllian og har vår egen nettside: www.parorendealliansen.no

«Uten pårørende stopper Helse-Norge.»

- Alder: 81 % var i alderen 31–60 år, hvorav 35 % i alderen 31–40 år.
- Diagnose/tilstand til den/dem man er pårørende til: fysisk 45 %, psykisk 45 %, sammensatt 36 %, aldersbetinget 23 %, avhengighet 11 %.
- Hvem man er pårørende til: 40 % hjelper foreldre, 30 % hjelper barn under 18 år, 20 % barn over 18 år, 20 % partner/ektefelle og 8 % søsken.
- Pårørende til flere: 1 av 4 er pårørende til 2 flere personer.
- Bor sammen: 6 av 10 bor sammen





PÅRØRENDE: Ifølge helsedirektoratet er rundt 800 000 mennesker pårørende til enhver tid. Foto: Pårørendealliansen



- med den eller dem de er pårørende til.
- Hvor lenge man er pårørende: 1 av 4 står i en pårørenderolle i over 15 år, halvparten fra 1 til 9 år.
 - Tidsbruk: 1 av 4 legger ned over 30 timers innsats til uformell omsorg og hjelp per uke, kombinert med betalt arbeid.
 - Oppgaver: 33 % oppgir at de gjør rene sykepleieoppgaver: sårstell, gi medisiner, ulike vitale målinger, skifte av medisinsk utstyr og liknende. Videre brukes det mye tid til å motivere og støtte den syke, hjelpe til med alt fra å skrive søknader til å holde orden i huset, kjøre til kontroller og ledsage til aktiviteter.
 - Arbeid: 70 % var i arbeid, 50 % i heltidsstilling, 20 % i deltidstilling. Mange benytter seg av egenmeldinger og lege-meldt sykefravær på grunn av sine omsorgsoppgaver. Mange rapporterer også om overgang til langtidssykmel-

ding, AAP og uførhet samt reduksjon eller bortfall av arbeid.

- Egen helse: 74 % opplever at situasjonen som pårørende går ut over egen helse.
- Økonomi: 86 % får ingen form for økonomisk kompensasjon, og 2 av 3 får økonomiske bekymringer.

«Vi trenger gode fagtjenester OG den uformelle omsorgen.»

- Mange oppgir at de er bekymret i hverdagen for hvordan rollen som pårørende påvirker dem som familie, for at de ikke skal få nok hjelp til den de er pårørende for, for påvirkning på egen helse og øko-

nomi, og stress som følger med det å skulle balansere jobb og omsorg.

Mange frykter også at de skal ende opp som pleier og miste relasjonen de hadde før.

Vi fikk også mange kommentarer til undersøkelsen, til sammen over 4000 kommentarer. Her er noen eksempler:

«Kroppen og hele systemet er på vakt. Jeg er sterk, men alt har sin grense.»

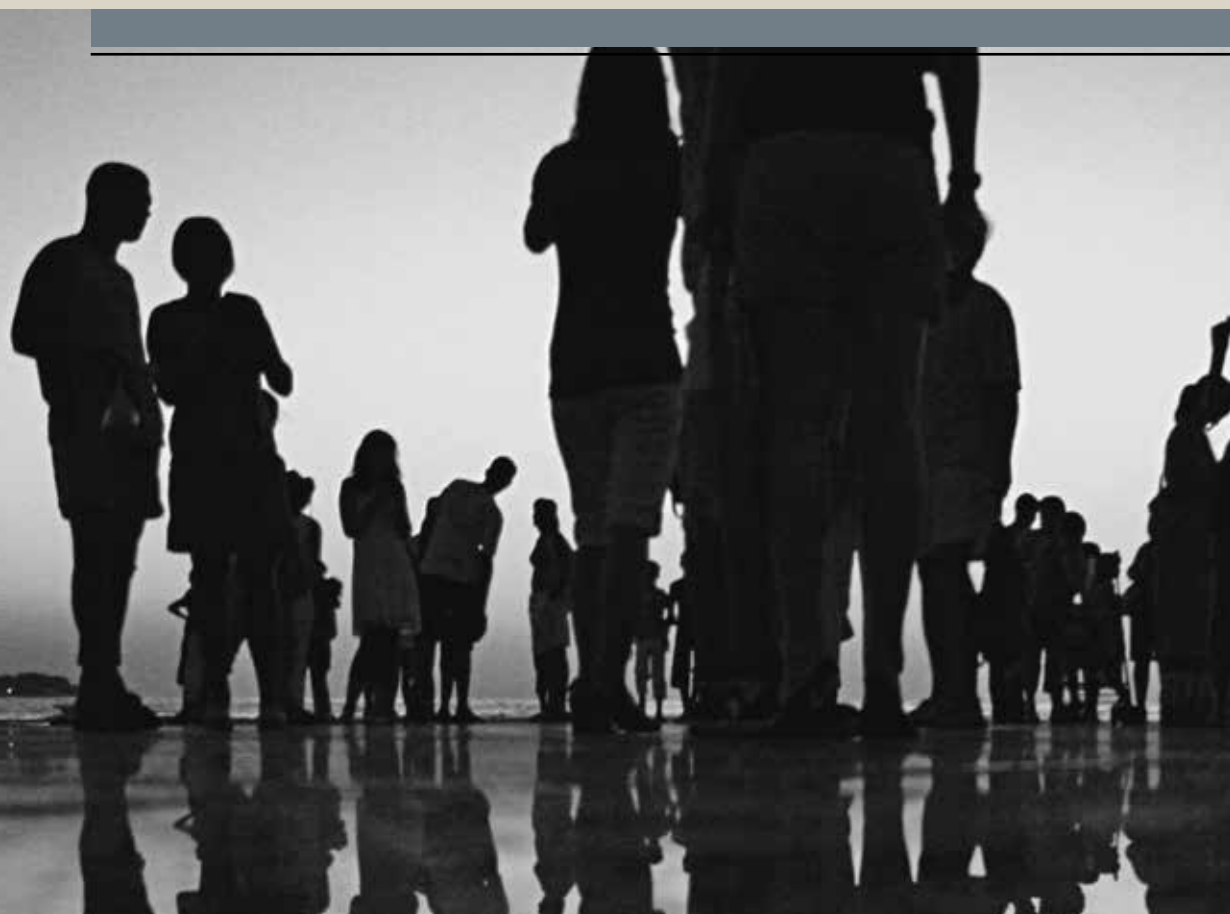
«Jeg er konstant sliten og oppgitt over en situasjon som sannsynligvis aldri går over og et hjelpeapparat som er fraværende.»

«Jeg er isolert og har mistet all glede.»

«Hva skjer den dagen jeg ikke lenger greier å være pårørende eller dør?»

Nasjonal strategi for pårørende og familieomsorg

Undersøkelsen avdekker en gruppe som daglig står i utfordringer som påvirker liv,



helse, arbeidsevne og økonomi. Pårørendealliansen mener at vi trenger en nasjonal strategi for pårørendes og familiers rammebetingelser. Målene for denne strategien må være

- å skape et pårørendevennlig arbeidsliv mens omsorgen pågår
- likestilling, fordi forskning viser at kvinner får tildelt mindre tjenester enn menn når de søker hjelp
- å styrke økonomien for individet/familien mens omsorgen pågår
- å hindre at pårørende får dårlig helse og/eller blir utslitt
- å få bort unødvendige forskjeller i kommunenes tilbud der hvor dette ikke har noen reell årsak
- å utarbeide eller endre rettigheter som er sammenhengende også over flere ansvarsområder
- at hjelpen som tilbys, er i samsvar med behov

- å utvikle gode tilbud innen informasjon, opplæring og veiledning til dem som er pårørende

Gode løsninger for fremtiden

Pårørendealliansen ønsker å samarbeide med andre som også kjenner utfordrin-

«Vi ønsker å samarbeide med andre som kjenner utfordringene.»

gene. Vi vil mane til en dugnad for å finne nye løsninger. Vårt mål er å forbedre og modernisere, slik at det er mulig å være pårørende og familie når livet endrer seg. Samarbeid med helsetjenester og

kommuner er sentralt. Å utvikle avlastningstilbud, veiledning og støtte er viktig. Mange trenger opplæring og informasjon. På andre områder må vi se på hvordan man kan kombinere arbeid og omsorg for eldre og syke og få et pårørendevennlig arbeidsliv.

Dette er en så stor oppgave at den bør gjøres på nasjonalt nivå. Kampen om velferdsressurser og helsetjenester blir hardere. De pårørendes innsats for sine eldre og syke trengs i kombinasjon med det offentlige, og pårørendes innsats trengs også i fremtiden.

Men vi kan ikke betale for denne kampen med pårørendes helse, økonomi eller sykefravær. Vi trenger gode fagtenester OG den uformelle omsorgen. Vår påstand er at uten pårørende stopper Helse-Norge.

Vi håper at NSF vil støtte Pårørendealliansen i arbeidet med å gjøre veien for pårørende lettere å gå! ■



Sykepleieres kunnskap om

Hvem har ansvaret når en ung mann legger på seg nesten 30 kg på et år etter å ha begynt med medikamentell behandling mot schizofreni?

FAKTA

Av Åshild Fause,
Førsteamanuensis i
sykepleie, Institutt for
helse- og omsorgsfag,
Universitetet i Tromsø

vår møtte jeg en ung mann ved et senter for psykisk helse i forbindelse med veiledningssamtaler med sykepleiestudenters praksisstudier i psykisk helse og rus. Han fortalte at han tok mye medisin for sin schizofrenilidelse og hadde lagt på seg nesten 30 kg det siste året.

Han ville slutte med «de hælvetes tablettan» og var irritert og lei seg for at han hadde lagt på seg så mange kilo. «Æ kan ikkje fordra å gå rundt som et fleskeberg», sa han, «og æ klare ikkje å slanke mæ.»

Han viste fram et bilde som var tatt for noen år sia, av en veltrent og slank ung mann. Nå var han svært overvektig, med klær som var for trange.

«Han ville slutte med ‘de hælvetes tablettan’.»

Han var ustelt, lukta vondt (hadde sikkert ikke dusja på flere uker), var rødmusset i ansiktet og pusta anstrengt. Han hadde store problemer med å bevege seg.

Et treningsykepleierblikk så straks at dette var en ung mann som hadde mange plager som følge av sin overvekt, og jeg ble bekymra for hans somatiske status.

Hvem er ansvarlig?

I veiledningssamtalen med studentene seinere på dagen diskuterte vi hvem som har ansvaret når en ung mann legger på seg så mye etter å ha begynt med behandling. Er det legene som i sin tid forordna medikamentet, og som ikke har fulgt han godt nok opp underveis og bare satt han på et nytt medikament uten å fjerne det gamle? Har de gitt han tilstrekkelig informasjon om de medikamentene han er satt på?



PSYKOFARMAKA: Hva kan Marie Lysnes si oss om hvordan dagens sykepleiere bør håndtere medikamenter? Mostphotos/inbj

psykofarmaka

Hva med de ansatte i kommunehelsetjenesten som har fulgt han opp de siste par årene? Har de bare delt ut medisinen og ikke reagert etter hvert som han la på seg kilo etter kilo? Har de ikke sett at klærne ble for små? Har de snakka med han om vektøkninga, om økende matlyst og endra aktivitetsmønster? Har noen målt blodtrykket hans? Hva har de gjort for å avhjelpe mannens vektproblemer?

Hva med oss som utdanner sykepleiere og anna helsepersonell? Har vi sørga for at spesialsykepleiere har tilstrekkelig kunnskap og skolering om medikamenters virkning, interaksjon og bivirkning og om somatisk risiko ved alvorlig psykisk lidelse? Har vår kritiske innstilling til psykofarmaka gjort at vi ikke har sett betydningen av å ha kunnskap om hvordan medikamentene virker inn på pasientens kropp? Overser vi pasientenes og brukernes mange plager?

Sagt med andre ord: Er dagens spesialsykepleiere i psykisk helse rusta til å ivareta pasientenes og

«Overser vi pasientenes og brukernes mange plager?»

brukernes egenverd og integritet når vi lar deres somatiske helse få så store negative utslag som i eksemplet ovenfor?

Det hører med til historia at det var en miljøterapeut med lærerutdanning og en ergoterapeut som hadde den daglige oppfølginga av mannen i den kommunen han bodde.

Marie Lysnes

Samtidig med denne hendelsen var jeg så heldig å bli tildelt Marie Lysnes' stipend for å skrive en biografi om henne. Marie Lysnes var en av grunnleggerne av Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie i 1954





og var rektor ved skolen i nesten tjuå år. Kan hun si oss noe om sykepleiernes ansvarsområde som har betydning i dag?

I alle sine artikler, notater og foredrag var Marie Lysnes brennende opptatt av fag og utdanning, og ikke minst stilte hun stadig kritiske spørsmål til i hvilken retning psykiatrisk sykepleie utvikla seg (1).

Det var særlig på to områder dette kom til syne. For det første mente hun at sykepleiere, helt siden etableringa av spesialskolen i psykiatriske sykepleie, hadde hatt problemer med å formulere hva som er sykepleierens funksjon og ansvar (2). For det andre hadde sykepleierne glemt sin biologiske basis (3).

Sykepleiernes medikamenthåndtering

Lysnes skriver at psykofarmaka, som hadde gått sin seiersgang over hele verden siden femtitallet, ikke ble den løsningen man håpa på da medikamentene ble lansert. Det skyldtes uvitenhet og ukritisk bruk. Mange pasienter fikk fysiske symptomer som følge av medisinerings, med til dels store utslag, hvorav en del skulle vise seg å være irreversible (2).

«Medikamentene dempet», skriver Lysnes, «en del uønskede aktiviteter, men de avslørte ikke symptomenes årsak.» (2) I tillegg skriver Lysnes at mange pasienter ble sosialt invalidisert og til dels pleietrengende. «Jeg har også vært vitne til dødelig utgang under de sværeste lidelser på grunn av feilbruk og overdosering av psykofarmaka innen den 'såkalte' eldreomsorg», skriver Lysnes (2).

Ifølge Lysnes forutsetter behandling med psykofarmaka inngående kunnskaper om hjernens nevroanatomi, nevrofysiologi og elektrokjemiske funksjon. «Det er en forutsetning for bruken av medikamentene at sykepleierne kan observere,

ikke bare adferd, men kroppens hårfine signaler på negative virkninger og farlighetsgrenser. Her synes sykepleiernes kunnskaper å være lik null i likhet med de fleste behandlingsgrupper innen området, leger innbefattet.» (2)

Lysnes understreker at sykepleierne har et stort ansvar i oppfølginga av pasientenes medikamentelle behandling. «Sykepleieren må ha kunnskaper om de medikamenter som til enhver tid ordineres av legen og som gis av sykepleieren. Det krever inngående kunnskaper om det enkelte medikaments innhold, styrke, dosering og doseringsmetoder, forventet virkning, bivirkning og farlighetsgrad samt viten om pasientens tilstand og tålsomhetsgrad overfor forordnet behandling.» (2)

Kroppens signaler på at den lider

For Marie Lysnes var sykepleie en håndens gjerning, der handlingene og hva sykepleierne gjorde for og med pasientene, var det sentrale. Det var gjennom sine handlinger sykepleieren viste om hun var dugende eller ikke. «Fordi», skriver hun, «pasientenes lidelser er dødsens alvorlige for dem selv, for familien og for samfunnet er de i aller høyeste grad knyttet til kroppsfunksjonen.» (3)

Hun skriver: «Psykiske lidelser er i aller høyeste grad festet til en kropp som gir kontinuerlige signaler på at den lider. Det kan ikke oversees.» (3) Hvordan pasientens lidelse kan gi kroppslige utslag og plager, er ifølge Lysnes uro, rastløshet, anksrikkhet, søvnløshet og mangel på matlyst, for å nevne noen.

Alt dette er plager vi alle vil unngå. Det er derfor i utførelsen av ulike handlinger at sykepleieren viser om hun har tilstrekkelig kunnskap og erfaring.

I tillegg må sykepleieren kunne «filosofere over handlingenes utslag, dens positive, eventuelt negative resultater, om fortsettelse av handlingen, eventuelle endringer eller avbrudd av handlingen» (3).

For Marie Lysnes er sykepleiernes handlingsvalg basert på det hun kaller inngående kunnskaper om menneskets mentale og fysiske forsvarsverk, samt

«For Lysnes var farmakologi for komplisert til å overlates til ufaglærte.»



patologiske utfall. Hun skriver: «Mentalt stress og psykiske lidelser rammer hele kroppen og er udelelig.» (3) For å kunne forebygge og avhjelpe pasientenes mange plager må sykepleieren forstå disse i en sammenhengende prosess, der mentale, sosiale, kulturelle og biologiske faktorer spiller sammen.

Betydning for moderne sykepleie

Kan sykepleiere lukke øynene for at mennesker med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer lever 15–20 år kortere enn gjennomsnittet i den øvrige befolkninga? (4) Nesten 60 prosent av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer, og mange hevder at tilleggssykdommene er en følge av ukritisk bruk av medikamenter med mange og uheldige bivirkninger (5).

I tillegg vet vi at mennesker med alvorlig psykisk lidelse er dobbelt så utsatt for fedme, høgt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, diabetes og for tidlig død sammenliknet med normalbefolkninga (6).

En studie fra SINTEF viser at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten sier at de ikke trenger mer kunnskap om medikamenter (7). De ønsker derimot å vite mer om medisinfrie behandlingstilbud.

Marie Lysnes ville sagt «ja takk, begge deler». Sykepleiere trenger mer kunnskap både om hva vi kan erstatte medikamentell behandling med, men også om hvordan medikamentene virker, og om deres mange bivirkninger. For Lysnes var farmakologi for komplisert til å overlate til ufaglærte.

Å beskytte pasientene mot inngripende behandling var noe Marie Lysnes var svært opptatt av. «Hvis sykepleierne ikke har lært å observere symptomer ved somatisk lidelser vil de lett kunne overse somatiske utslag som psykiske lidelser og deres behandling kan gi.» (3)

Det er mange av oss enige med henne i, og av hensyn til pasienter og brukere må vi som faggruppe gjøre noe med det. Et naturlig krav er at sykepleiere får tilstrekkelig kunnskap til å ivareta sitt særegne ansvar. Slik er det ikke i dagens master- og videreutdanningen i psykisk helse og rus. ■



MARIE LYSNES: Portrett fra klassebildet for Norsk Sykepleierforbunds Fortsettelsesskole i Sykepleie og Socialt Helsearbeid, 1. september 1939 til 9. april 1940.

«Mentalt stress og psykiske lidelser rammer hele kroppen og er udelelig.» Marie Lysnes

Referanser

1. I Riksarkivet i Oslo er det et arkiv etter Marie Lysnes (Pa S-0873 Marie Lysnes). Arkivet inneholder dokumenter, artikler, forelesninger, brev m.m. Arkivet er ikke åpent tilgjengelig, og man må søke innsyn fra Riksarkivaren.
2. Lysnes M. Lærbødighet. Sykepleie, en åndens, håndens og hjertets gjerning. Upublisert; 1992.
3. Lysnes M. Betenkning vedrørende spørsmålet om nedleggelse av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie i Norge. Upublisert; 1993.
4. Lien L, Huus G, Mørken G. Psykisk syke lever kortere. Tidsskr Nor Legeforen. 2015 februar;135(3):246–8.
5. Whitaker R. Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. New York: Crown; 2010.
6. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). The Lancet. 2009 august;374(9690):620–7.
7. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.





Bli medlem i SPoR

SPoR, NSFs 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 NSFs hjemmesider: <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere>.

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