

Psyche



BIVRØST



Psykiatrisk Sygepleje

Nordisk tidsskrift årgang 2

PSYCHE
PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGENS TIDSKRIFT
NO 3/2010

BIVRØST
LANDSGRUPPE AV PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE
MEDLEMSBLAD NR. 3 - 2010 ÅRGÅNG 21

PSYKIATRISK SYGEPLEJE
FAGLIGT SELSKAB FOR PSYKIATRISKE SYGEPLEJERSKER
OKTOBER 2010 • 3. UDGAVE • 18. ÅRGANG



Ansvarig utgivare
Richard Brodd



Chefredaktör
Hans Bergman

Redaktör
Mikael Nilsson

Mail till Psyche:
www.psykriks.se
richard.brodd@bredband.net
hansbergman@telia.com
mikael.nilsson@lthalland.se

ISSN nr 0283-3468
Bg: 5118-1592

Formgivning/Illustration
Jonas Rahm / MRD AB

Utgivningsplan 2010
nr.1 v 8, nr.2 v 23, nr.3 v 36, nr.4 v.49

Prenumeration
400:-/år inkl 6% moms
Utanför Sverige 450:-/år inkl 6% moms
e-mail: richard.brodd@bredband.net

Annonser
Gällande annonsering kontakta:
Richard Brodd
Oskarsgatan 4, 414 63 Göteborg
031-240023 b, 031-343 82 18 a
e-mail: richard.brodd@bredband.net
eller
Henrik Gregemark
Hornsgatan 139, 117 28 Stockholm
08-658 32 41 b, 08-58 73 12 15 a
e-mail: henrik.gregemark@sll.se

Färdig annons ska vara oss tillhanda 4 v. innan
utgivningsdatum.

Annonser mått
Helsida 200 x 260 mm
Halvsida 200 x 130 mm
1/3 sida (stående) 200 x 85 mm
1/3 sida (liggande) 64 x 260 mm
Baksida 225 x 260
(Renskuret sidformat 225 x 287 + 3mm utfall)

Produktion
Magnusson Rahm Design AB
Karlskronavägen 7
121 52 Johanneshov
Tel: 08-571 520 65
Fax: 08-571 521 03
e-mail: jonas@mrdab.se, hans@mrdab.se

Omslag
Foto: Grace Olsson



Redaktionen ansvarar ej för insänt, ej beställt
material samt förbehåller sig redigeringsrätt.



BIVROST

LPS – Landsgruppen av
psykiatriske sykepleiere



Bivrost er: medlemsblad for sykepleiere med eller uten
videreutdanning innenfor fagfeltet rus og psykisk
helsearbeid.
Bivrost – opprettet 1989.
(Før 1989 ble det utgitt ett faglig hefte kalt; psykiatriske
sykepleiere)

Bivrost er et norrønt ord som betyr «broen» mellom
det guddommelige og det menneskelige, mellom det
himmelske og det jordiske. Ordet uttales: «BIFROST»

Bivrostredaksjon og Redaksjon for
vår hjemmeside i NSF:
Ansvarlig redaktør: Bodil Bakkan Nielsen,
bodb@online.no
Medredaktør: Charlotte Walther, cwalth@online.no
Medredaktør Website: Elisabeth Nordmo,
elisabeth.nordmo@unn.no

E-post til Bivrostredaksjonen er: bodb@online.no
Hjemmesiden vår: www.sykepleierforbundet.no/
psykiatrisysykepleiere

Innsending av artikler:
Skriv artikler helst som Word-dokument.
Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkel-
dokumentet. Oppgi navn på de som er på fotoet og hvor
fotoet er tatt. Også navn på fotograf. Bilder må ha høy
oppløsning. Instilling på digitalt kamera: Beste kvalitet.
Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidsted eller
bosted. E-post adresse bør også medfølge.

Trykkeri: Østfold Trykkeri AS, Askim

Opplag: 2200

Utgivelsesplan 2010:

4-2010 – utgis 10. desember 2010
Frist for innsending
av artikler og annonser 10. november

Tema: Kriser og traumer
(fristen gjelder innsending av artikler og annonser)

Annonsepriser 2010:

Ved annonsering kontaktes Ansvarlig redaktør Bodil
Bakkan Nielsen bodb@online.no

1/1-side kr 4000
1/2-side kr 2000
Mindre kr 1000

Psykiatrisk Sygepleje

Redaktionen



Ansvarshavende redaktør
Annoncer

Lise Klingenberg
Sygeplejerske/stud. Roskilde Universitet
Psykiatrisk Center København
Edel Sauntes Allé 10,
2100 København Ø.
Tlf.: arbejde 3545 6201, mobil: 2721 1575
E-mail: klinge36@hotmail.com

Bogammeldelser

Anette Theis
Teamleder
Psykiatrisk Center Ballerup
Ballerup Boulevard 2,
2750 Ballerup
Tlf.: 3864 5191/Mobil 4085 2111
E-mail: anette.theis@regionh.dk

Samarbejde med specialuddannelsen

Hanne Jacobsen
Lektor, cand.cur.
VIA University College
Sygeplejerskeuddannelsen
Campus Viborg
Prinsens Allé 2, 8800 Viborg
Tlf.: 8755 2241
E-mail: haja@viauc.dk

Redaktionsmedlem

Marianne Sand
MSA, Udviklingspsygeplejerske på
Psykiatrisk Center Sct. Hans
Boserupvej 2
4000 Roskilde
Tlf.: 4633 4586, mobil: 2944 9592
E-mail: marianne.sand@regionh.dk

Teknik

Layout
Produktionsskolen Datariet

Trykning

Trekantens Lyntryk

Annoncepriser

Bagside 4 farver: kr. 5.000,-
A4 side: kr. 2.500,-
½ A4 side: kr. 2.000,-
Tillæg for farver: kr. 2.000,-

Deadline for indlæg til næste
blad er den 1. februar 2011

Foreningens hjemmeside finder du på
www.dsr.dk/fs11



Ordförande har ordet:

Så har sommaren lämnat oss och hösten har gjort sitt intågande. Befinner mig i Stockholm för att representera Psykiatriska Riksföreningen på Svensk Sjuksköterskeförenings stämma. Det är av stort värde att vi är en sektion som tillsammans med andra sektioner gemensamt kan gå samman när det gäller viktiga frågor som berör vår framtid. En aktuell fråga handlar om framtidens specialistutbildningar. Arbetsgivarna, Sveriges Kommuner och Landsting vill ändra på nuvarande system, det finns diskussioner om att arbetsgivaren skall ta över ansvaret att det skall finnas färre specialistutbildningar. Frågan är komplex då det finns flera sektioner som vill ha en reglerad specialistutbildning men som idag inte har det och vi som är reglerade vill ha den kvar. För mig är det oerhört viktigt att det är vi i professionen som ställer upp de krav vi anser en sjuksköterska skall ha för att arbeta inom den psykiatriska vård- och omsorgen. I kompetensbeskrivningen som vi själva har tagit fram har vi lagt golvet för den kompetens vi anser vi skall ha för att kunna ha ett ansvar och bedriva den vård och omsorg som krävs. För att uppnå detta behövs en specialistutbildning. Av detta skäl samarbetar vi med andra sektioner för att lyfta frågan till Högscoleverket som skall besluta. Vi måste göra vår röst hörd!

För några veckor sedan hade PRF tillsammans med övriga nordiska länder sin första kongress i Helsingfors. Drygt 300 sjuksköterskor från de nordiska länderna samt ett 60-tal från resten av världen deltog. Konferensen höll en väldigt hög nivå, jag känner mig stolt som sjuksköterska att ta del av all den kunskap som vi har inom kåren har. Nivån på forskning och presentation är imponerande. Jag hade underbara dagar med mängder av spännande samtal och möten. Om två år, den 19-23 september 2012 är det Sverige och Stockholms tur att ha en europeisk konferens. Tänk vad spännande det skall bli. Se till att boka in detta redan nu!

Richard Brodd
Ordförande
Psykiatriska Riksföreningen



Lederen av Kurt Lyngved

Nordisk kongress for Psykiatriske sykepleiere er akkurat avsluttet og vi sitter igjen med alle tankene og refleksjonene rundt alt det man har opplevd gjennom noen hektiske dager både faglig og sosialt.

Helsinki har vært en vakker ramme rundt et arrangement som man har all grunn til å være stolt av.

Faglig mye spennende og relevant for sykepleiere som arbeider innenfor det psykiske helsefeltet i Norden og i verden forøvrig. Det er utrolig å se hvor mye sykepleiarbeid som gjøres på ulike nivå for å skape større innsikter i sammenhenger innenfor det psykiske sykepleiefeltet.

Det ser ut som forskningsaktiviteten blant psykiatriske sykepleiere er høy, og vi ble i løpet av kongressdagene presentert for mange spennende forskningsarbeid som er gjort i Norden.

Begrepene "psychiatric nursing" og "mental health nursing" ble brakt til torgs og synliggjør refleksjonene knyttet til fokus på sykepleie relatert til psykisk helsearbeid og hva dette dreier seg om. Det lover godt for fremtiden og for et fagfelt hvor også sykepleiere er levende engasjert i denne tverrfaglighetens "tidsalder".

Det nordiske samarbeidet og samholdet i ulike sammenhenger er verdifullt å ta vare på. Langvarige kulturelle tradisjoner bidrar til å binde oss sammen og gir oss en opplevelse av å være en familie. En familie, som basert på sine tradisjoner og kultur, som alltid skal være åpne for å invitere nye inn.

Den nyalgte lederen i LPS, sammen med gamle og nye styremedlemmer, takker for seg i Helsinki og er sikker på at mange av oss ser frem til møtet med gamle og nye kollegaer i Reykjavik på Island i 2013!

Bodø, 20. september 2010
Kurt Lyngved
Leder NSF's Landsgruppe av Psykiatriske Sykepleiere, LPS



Internasjonalt samarbejde

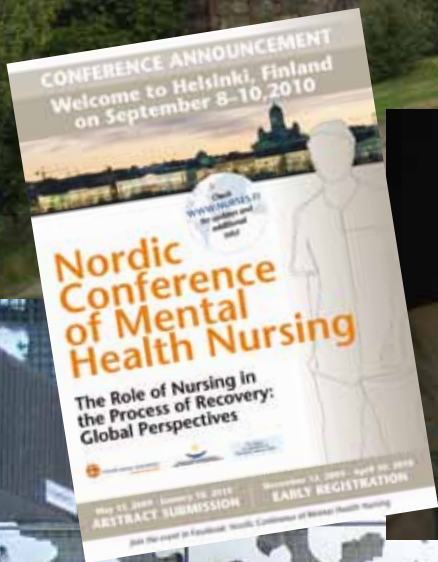
Den 9. nordiske kongres for psykiatriske sygeplejersker er netop afviklet succesfuldt i Helsinki. Kongressen repræsenterede på flere punkter et skift i den måde vi plejer at afvikle nordiske kongresser.

Der er grund til at glæde sig over det faglige niveau, rigtig mange sygeplejersker i Norden forsker, udvikler og publicerer. Vi danske er dog ikke nær så godt repræsenteret som de øvrige nordiske lande, hvor traditionen for forskning i sygeplejen er stærkere. Læren må derfor være at vi i Danmark skal have mere fokus på at understøtte udvikling og forskning i sygeplejen.

Kongressen blev for første gang afviklet på engelsk hvilket betød at den fik et langt mere internationalt præg. Den nordiske og europæiske kongres Horatio kan derfor meget let komme til at ligne hinanden. I en tid med knappe ressourcer kan det derfor være nødvendigt at prioritere, og den nordiske kongres bør fremover have en klar nordisk profil.

Claus Hansen
Bestyrelsesmedlem





PSSN

Konferensen Helsingfors 2010

För 15 år sedan ägde den första nordiska psykiatrisjuksköterskekonferensen rum i Ålborg i Danmark, sedan dess har Reykjavik, Stockholm, Torshavn, Trondheim och Köpenhamn stått för arrangörskapet.

Av: Mikael Nilsson

Konferenserna äger rum vart tredje år och denna gång var det Finlands tur att inbjuda oss till Helsingfors för att delta i 2010 års konferens som samlade omkring 400 delegater, glädjande nog, fördelade på hela 20 olika nationaliteter. Många från det egna landet förstås, men ändå var finnarna själva i minoritet vilket tyder på en stor geografisk spridning på delegaterna. Dock saknade vi besökare från de baltiska staterna, Estlands huvudstad ligger ju bara ett fåtal timmar bort.

Finland har kommit med relativt nyligen i vårt nordiska samarbete, PSSN. Tidigare har föreläsningarna hållits på "skandinaviska" och en och annan föreläsning på engelska. I och med att alla skall kunna förstå allt så byttes denna gång konferensspråket till engelska, vilket även innebär att våra gäster från icke nordiska länder har större behållning av innehållet.

Arrangörskapet sköttes på ett mycket proffsigt sätt av våra finska värdar. Kvaliteten på föreläsningarna och posterutställningarna var oftast hög och de sociala arrangemang som vi erbjöds att delta i, var både trevliga och hade en god och varm atmosfär.

Bredden på föreläsningarna var tillfredsställande, dock var kvalitén på engelskan ibland på en nivå på gränsen till godtagbar men totalbetyget på arrangörskapet och konferensen blir väl godkänt.

Förra året vid den här tiden på året kom den första gemensamma nordiska psykiatritidskrift ut genom att Bivrost från Norge och Psyche från Sverige gjorde ett nummer tillsammans, på ett hörn var Danmark också med.

I år träffades redaktörer från dessa tre nämnda länder och gjorde upplägget för detta nummer som ni nu har i handen.

Artiklarna är publicerade på originalspråk och vi har i huvudsak material från Helsingforskonferensen i denna tidning.

Hoppas ni finner stor behållning i denna den andra gemensamma Nordiska tidskrift för psykiatrisjuksköterskor.

Vi har för avsikt att återkomma nästa år med ytterligare ett gemensamt nummer.

Redaktionen för denna tidning har bestått utav, Bodil Bakkan Nielsen från Norge, Lise Klingenberg från Danmark och Mikael Nilsson från Sverige.

Redaktörer detta nummer



Lise Klingenberg



Mikael Nilsson



Bodil Bakkan Nielsen

Nordisk Konference 2010:

”Kan sygeplejeforskning bruges til at højne kvaliteten i klinisk praksis?”



Af: Bente Pedersen
Næstformand i Fagligt selskab for Psykiatriske Sygeplejersker
MHH, Ledende sygeplejerske i Lokalpsykiatrisk Center i
Silkeborg, Danmark.

I åbningstalen viste formanden for konferencens forskningskomité, Páll Biering, hvorledes mængden af sygeplejeforskning er væsentlig øget indenfor de sidste 10 år!

Men spørgsmålet er, om sygeplejersker i klinisk praksis er parate til at bruge resultater fra sygeplejeforskning, når kvaliteten i den kliniske sygepleje udvikles og styrkes – eller om sygeplejersker forsat er optaget af, at argumentere for at sygeplejeforskere ikke kender nok til den kliniske praksis hvert enkelt sted, så resultaterne fra forskning derfor ikke kan bruges i praksis?????

Páll Biering, PhD, Professor fra Island understregede i sin velkomsttale, at sygeplejersker tidligere forskede meget i eget virksomhedsfelt, men at sygeplejeforskningen bevæger sig i retning af, at forske mere i hvilke interventioner patienterne oplever virker. Páll understregede, at der er behov for flere studier, hvor sygeplejersker systematisk undersøger, hvilken sygepleje patienterne oplever hjælper og styrker dem, og hvor patientens subjektive oplevelse af sygdommen systematisk inddrages i forskningen.

Konferencen bød på et meget bredt udsnit af forskellige sider af den psykiatriske sygeplejeforskning! Der blev præsenteret *kvantitativ forskning* omkring emner som psykoedukation, magtanvendelse og misbrug, hvor effekten af den givne intervention systematisk var undersøgt. Og der blev præsenteret *kvalitativ forskning*, hvor fokus på patientens egen oplevelse af sygdom, og hvad der skal til for at hjælpe, var systematisk undersøgt! I pauserne mellem Key-notespeakere, Workshops og Parallelsessioner blev ivrigt diskuteret omkring de forskellige indlæg – ”Hvad er det for en form for sygeplejeforskning, som kan bruges i klinisk praksis?”, ”Hvilken form for forskning er nødvendigt for at undersøge patienternes perspektiv? - og hvilken form for forskning er der brug for, når kvalitetsstandarder i sundhedsvæsenet skal udvikles?”

Kvantitativ eller kvalitativ forskning

Men sygeplejeforskning er *ikke* et spørgsmål om *enten* kvantitativ *eller* kvalitativ forskning! Der er både forventninger fra politisk side og forventninger fra patient-

ter og pårørende til, at sundhedsvæsenet kan rumme begge sider! Det forventes, at faglig viden i sundhedsvæsenet bygger på evidensbaseret kvantitativ forskning, og at medarbejdere i sundhedsvæsenet samtidig er i stand til at tilrettelægge et individuelt behandlingsforløb ud fra den enkelte patients sygdomshistorie – baseret på viden fra humanistisk kvalitativ forskning, hvor mødet mellem behandler og patient er systematisk undersøgt!

Sygeplejersker uddannes til både at kunne anvende naturvidenskabelig og humanistisk forskning. Både fra samfundet generelt og fra den enkelte patient forventes, at sygeplejersker kontinuerligt kvalitetsudvikler det ”sygeplejefaglige håndværk”, men også at vi kan møde det enkelte menneske med nærvær og respekt og inddrage personens egen oplevelse af, hvad der er godt for ham/hende!

Forskning og klinisk praksis

Men hvordan skabes sammenhæng mellem sygeplejeforskning og klinisk praksis?

Ligesom det ikke handler om *enten* kvantitativ *eller* kvalitativ forskning, så

handler det for sygeplejersker heller ikke om *enten* forskning *eller* klinisk praksis, men netop om sammenhængen mellem disse!

Det handler *både* om hvordan klinisk praksis kan inspirere til forskning og udvikling af den kliniske sygepleje, og det handler om hvordan sygeplejeforskning kan inspirere praksis til både at udvikle kliniske retningslinjer og det relationelle møde med det enkelte menneske!

For sygeplejersker beskæftiget i klinisk praksis handler det om at forstå, at sygeplejeforskning aldrig kan rumme hele sygeplejens praksisfelt, men at forskning tilbyder et særligt fokus på en lille flig af det samlede praksisfelt – en forstørrelse af et enkelt problemfelt! Sygeplejersker i klinisk praksis behøver et solidt sygeplejefagligt grundlag for ikke at føle sig "truet" af sygeplejeforskning, men kunne anvende de forskningsresultater, som er relevante netop for egen praksis!

For sygeplejersker beskæftiget med sygeplejeforskning er det nødvendigt at inddrage viden og erfaringer fra sygeplejersker i praksis i deres forskning. Sygeplejeforskere har ansvar for at gøre forskning relevant for praksis, således at både sygeplejersker og patienter oplever, at ny viden kan bidrage til at højne kvaliteten i indholdet af den psykiatriske sygepleje samt måden hvorpå sygeplejersken møder det enkelte menneske.

Et bredt syn på psykiatrisk sygepleje

De mange bidrag på Nordisk Konference bidrog samlet til et bredt syn på psykiatrisk sygepleje!

Det individuelle perspektiv på sundhed og sygdom blev præsenteret via forskning omkring den enkelte patient – hvordan det enkelte menneske lærer at håndtere sin sygdom, og hvilken form for behandling den enkelte patient oplever hjælper bedst. Det relationelle perspektiv på sundhed og sygdom, hvor sygdom ses i sammenhæng med de relationer det enkelte menneske har tilknytning til, blev bl.a. præsenteret gennem oplæg om Åbne samtaler, Familierterapi og Stemmehøring.

Konferencen formåede at rumme mange aspekter i den psykiatriske sygepleje, og afslutningsvis blev drøftet forskelle og sammenhænge mellem "Psychiatric Nursing" og "Mental Health Nursing", men også her blev åbnet mulighed for, at sygeplejersker ikke behøver tænke enten eller, men kan tænke både og!!!

Eftertanker fra konferencen peger på, at det i fremtidens psykiatriske sygepleje bliver vigtigt at brede evidensbegrebet ud, så evidens ikke blot afspejler et naturvidenskabeligt perspektiv, men at evidens også indeholder den brugeroplevede effekt og kvalitet, og i fremtidens sygeplejeforskning må fokus i højere grad rettes imod, hvordan kvalitet udvikles, frem for kun at undersøge sygeplejen bagudrettet.

Når et sådant udviklingsperspektiv i praksisforskning skal styrkes, må sygeplejersker anvende forskningsmetoder, som inddrager både kliniske sygeplejersker og patienter som medaktører i forskningen og udviklingen af praksis! Forskning giver først mening når det kommer kliniske sygeplejersker og patienter til gode!!!

Møde med psykiatriske sygeplejersker på Nordisk Kongres



Ingemar Wänebring

SSK med spec. psykiatri
Ryhovs sjukhus Jönköping

Hvilke forventninger har du haft til konferencen her i Helsinki?

Förväntningarna var stora efter att ha tagit del av programmet. Det uppfylldes också av intressanta och givande föreläsningar och workshop.

Hvad betyder sprogforskellene for dig?

– Enligt uppgift fanns det deltagare från 22 nationer. Sen förstår jag inte Finska. Det innebär att Engelska måste bli det genomgående språket på Nordiska konferensen.

Har du fået ny viden om recovery?

– Fått med mig nya tankar och ny kunskap hem. Bl.a. "the swedish belt" andra länder föredrar isolering. "Case management" arb. Holistiskt med patienten. CM är spindeln i nätet.

Var även med till Tallin dag 4. Där fick vi ett föredrag av estniska psyk.ssk. som var mycket intressant. Bl.a. om psykiatrin och utbildningen.



Bevarandet av ordning

Av Per Enarsson

Per Enarsson som är leg. sjuksköterska, doktorand och arbetar som Handikappomsorgschef i Katrineholm höll en intressant föreläsning i Helsingfors under rubriken ”The preservation of order: the use of common approach among staff toward clients in long-term psychiatric care.” Han har här skrivit en sammanfattning på svenska.



Säger man ”gemensamt förhållningssätt” inom psykiatrisk omvårdnad kan de flesta vårdpersonal relatera till detta – men vad är det egentligen och vem är det till för?

Då jag som utbildad mentalskötare började arbeta med psykiatrisk omvårdnad på det tidiga 80-talet var ett av de första budskapen från kollegor vikten av att ge patienten samma budskap. Det var viktigt att ”göra lika” i mötet med patienten. Patienter kunde annars bli förvirrade och otrygga. Det som inte sades direkt men som också lyftes fram var att annars kunde patienter spela ut vårdarna mot varandra – Det var åtminstone de förklaringar jag uppfattade. Senare i rollen som psykiatrisjuksköterska och chef överförde jag tämligen okritiskt detta förhållningssätt till nya vårdare: ”Det är viktigt att vi i personalgruppen gör lika i mötet med patienten för hans/hennes bästa!” Men hur var det egentligen, för vem finns ett personalgemensamt förhållningssätt? Som doktorand har jag haft anledning att ifrågasätta mina tidigare ställningstaganden. Tidigt anade jag att forskningsämnet kunde uppfattas som

kontroversiellt och kanske komma att utmana idealbilden av den goda vårdaren varvid det gällde att hitta ett universitet och handledare som var beredda att ta sig an detta ämne. Det blev institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet och professorerna Per-Olof Sandman och Ove Hellzén som tog sig an handledningen.

Denna populärvetenskapliga artikel bygger på ett sammandrag av två publicerade studier om personalgemensamt förhållningssätt (Enarsson, Sandman, Hellzén, 2007, 2008,). En tredje studie är inskickad till tidskrift och bearbetning av en fjärde studie pågår.

”En patient inlagd på psykiatrisk vårdavdelning söker hela tiden vårdarnas uppmärksamhet och lämnar dem inte ifred. Vårdarna beslutar då gemensamt om hur de ska hantera patienten genom att inte uppmuntra nära kontakter och strikt schemalägga patientens aktiviteter – vårdarna har fattat ett gemensamt förhållningssätt.”

”Tidigt anade jag att forskningsämnet kunde uppfattas som kontroversiellt och kanske komma att utmana idealbilden av den goda vårdaren

Sociala processer kan ses som relationer mellan människor i samhället. Goffman (1991) beskriver det som något som sker mellan människor i en komplicerad ritual med syfte att erhålla kontroll via kommunikation. För att försöka förstå vilka sociala processer som leder till att psykiatrisk vårdpersonal känner behov att tillgripa ett gemensamt förhållningssätt (eng. common staff approach) gentemot en patient gjordes den första studien. Trots att förhållningssätt diskuteras mycket inom psykiatrisk omvårdnad har ingen tidigare studie hittats som explicit belyste detta fenomen. Däremot finns många studier som berörde interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter rörande sjuksköterskors attityder gentemot patienter som inte upplevdes samarbeta. Hellzén, Norberg & Sandman (1999) hade tidigare visat att bland vårdare som möter patienter med schizofreni kunde två olika attityder urskiljas – de som har en relationsorienterad och en mera ”långsiktig syn” på sitt arbete med patienten och de som var mera uppgiftsorienterade, fokuserande på praktiska saker i vårdarbetet. Patienterna själva föredrog den första gruppen – de som var relationsorienterade (jfr. Peilert, Asplund & Norberg, 1995).

Vi i forskargruppen ville nu öka vår förståelse av vilka situationer som vårdpersonal inom psykiatrisk omvårdnad uppfattade som svåra och hantera inom existerande rutiner. Vi ville även öka vår förståelse för vilka situationer som ledde till ett behov hos vårdpersonalen att formulera och använda ett gemensamt förhållningssätt gentemot en patient. Syftet för den första studien var därför att förstå och beskriva vilka sociala processer inom psykiatrisk långtidsvård som leder till ett behov bland vårdarna att formulera ett personalgemensamt förhållningssätt och handla i enlighet med detta förhållningssätt?

Då mycket psykiatrisk omvårdnad ges av kommunerna efter den senaste svenska psykiatrieformen valdes två kommunala

gruppboendestäder ut där alla som bodde och arbetade tillfrågades om deltagande. Totalt ingick tjugofem vårdare och sexton brukare i första studien. Flertalet av vårdarna var mentalskötare, en psykiatrisjuksköterska deltog också. Brukarna led alla av svår psykisk ohälsa och hade diagnoser som schizofreni och psykos. Under nio månader gjordes icke deltagande observationer med fördjupande intervjuer. Studien analyserades med grounded theory, en metod som ger möjlighet att avtäckasociala processer och förstå något om relationer mellan människor. Då observationer görs under lång tid kommer forskaren ofta närmare personernas grundhållning. Personalen var i början mera reserverad än brukarna över att ha en utomstående på plats men efter en tid märktes ingen skillnad. Eftersom det under datainsamlingens gång blev uppenbart att de boende hade svårt att berätta om sina erfarenheter relaterade till personalgemensamt förhållningssätt intervjuades även fyra personer från Riksförbundet för social och mental hälsa om sina erfarenheter av personalgemensamt förhållningssätt då de vårdats inom psykiatrisk slutenvård.

I den andra studien ville vi öka vår förståelse för hur psykiatrisk omvårdnadspersonal upplever situationer där ett personalgemensamt förhållningssätt används mot en specifik patient. Syftet var därför att belysa meningar med att använda ett gemensamt förhållningssätt

gentemot patienter i psykiatrisk slutenvård så som det berättas av vårdare.

Tolv intervjuer genomfördes med sjuksköterskor och skötare vid en psykiatrisk klinik. En narrativ/berättande teknik användes. Första frågan var ”berätta om en situation som du upplevt där ni haft ett personalgemensamt förhållningssätt”?

Studien analyserades med en fenomenologisk hermeneutisk metod för att ta fasta på individens upplevelser som sedan tolkades.

I studie tre, vilken ännu ej publicerats, har nio patienter intervjuats om sina upplevelser av att vårdas med ett personalgemensamt förhållningssätt. Denna studie berörs bara ytligt här.

Resultat observationsstudien

Huvudtema är ”Att bevara den inre ordningen”. Den inre ordningen på institutionen definieras av vårdarna och visar sig till exempel genom att patienterna inte fick ha ytterkläder på sig inne eller gå in i vissa rum. Flera av dessa normer är ”osynliga” i vardagen och exponeras bara i personalens rutiner. Då ett personalgemensamt förhållningssätt börjar användas sker det i följande steg A-D:

A.) ”Händelser som stör den inre ordningen”. En händelse som uppstår hotar att störa den inre ordningen på avdelningen. En patient kanske gör något som vårdarna uppfattade som farligt antingen för patienten eller ävriga. Flera sådana händelser iaktogs

”Att ha ett personalgemensamt förhållningssätt är att kunna gömma sig i kollektivet av vårdare, att inte bli utpekad av patienten.

som att i exemplet ovan att hela tiden söka kontakt med personalen. En vårdare sa till exempel att patienterna kunde vara mycket besvärliga med sin nyfikenhet och att vara professionell var att berätta så lite som möjligt om sig själv.

B.) Därefter vidtar ”Förhandling mellan vårdare hur man ska agera”. Om en vårdare vill få gehör för sin linje så kan hon söka stöd och allians med kollegor. Vårdarna sökte hela tiden allianser med olika kollegor i syfte att få igenom sin linje i personalgruppen. Patienterna fick inte delta i denna överläggning och hade oftast ingen kunskap om att de var föremål för diskussioner. En vårdare sa ”Om en personal säger att det är på ett sätt, så måste du alltid hålla med honom/henne inför patienten - Du kan säga vad du tycker efteråt”.

C.) ”Val av personalgemensamt förhållningssätt gentemot patienten”. Vårdarna väljer förhållningssätt som oftast förfaller vara hierarkiskt med vårdarnas vilja överordnad patientens även om det lades fram som att det skulle öka stabilitet och säkerhet för alla involverade. Ofta var förhållningssättet av repressiv natur där patienten ålades att följa vissa regler och hur vårdarna skulle hantera om patienten bröt mot dessa regler. Exempelvis berättade patienter att de kunde bli klippta mot sin vilja i boendet om de inte följde vårdarnas beslut om hur de skulle klä sig och ha passande frisyra.

D.) ”Valt gemensamt förhållningssätt börjar tillämpas”. Då vårdarna börjar använda förhållningssättet mot en patient och det anses lyckat kan det leda till att en ny rutin etableras – det blir en strategi för att handskas med liknande situationer i framtiden. Om det gemensamma förhållningssättet misslyckas, vilket ofta skedde - vårdarna pratade då om att det rann ut i sanden eller att kollegorna inte upprätthöll beslutet, så börjar processen om från början

då en ny situation inträffar som stör ordningen på avdelningen.

Resultat intervjustudien

Med temat ”Kasta ljus över vårdarnas gemensamma relationer” visas hur vårdarna försökte använda en verbaliserad strategi för att uppnå enighet och säkerhet kollegor emellan då ett personalgemensamt förhållningssätt används. Vårdarna använde metaforer som att ”vara eniga som personalgrupp” och ”att vara stenhårda i detta” i kontakten med patienten.

En annan aspekt av att vårda med ett gemensamt förhållningssätt är ”Att bli övergiven av sina kollegor”. Detta skedde då enighet bland personalen blev till oenighet – då vårdarna inte lyckades upprätthålla förhållningssättet gentemot patienten. Vårdarna upplevde att kollegorna svek det uppgjorda förhållningssättet, de beskrev då hur de började anklaga varandra för misslyckandet.

”Att bli medveten om sin och andras värdegrunder” visar sig i att vårdaren blir varse att kollegorna resonerar utifrån annan värdegrund än den egna. Vårdaren kunde känna sig tvingad att inta en hållning som inte stämde med egna värderingar. Vårdarna använde då metaforer som ”att bli överkörda” av kollegor som ”var från en annan värld”.

”Att bli bedömd som ond eller god”. Den enskilde vårdare som håller fast vid ett impopulärt förhållningssätt riskerar att bli sedd som en ”ond vårdare” av patienten, och ibland även av kollegor trots att införandet av ett gemensamt förhållningssätt syftar till att möta patienten som ett kollektiv där en enskild vårdare

inte ska kunna pekas ut. Vårdarna talade då mycket i metaforer om att vara ”svart eller vitt” samt ”ond eller god”. Att av patienten upplevas som ond beskrevs som plågsamt av vårdarna, att upplevas som god var också besvärande då man då kunde bli idealiserad av patienten.

Temat ”Att bli känsliggjord för patientens lidande” speglar att då ett personalgemensamt förhållningssätt används blir vårdaren mer uppmärksam på patientens situation och det lidande som förhållningssättet orsakar patienten. Vårdarna kunde tala om att det inte var värdig vård och att de gjorde saker mot sin övertygelse under inflytande av kollegor.

Forskningens slutsatser

Filosofen och postmodernisten Zygmunt Bauman skriver att människan strävar efter ordning. Uppstår oordning vill personen återta kontrollen, exempelvis flytta tillbaka en vas som hamnat snett (Bauman 1995). Behovet att göra sin tillvaro begriplig och ha ordning utgör tolkningsgrund i denna studie. Med ett personalgemensamt förhållningssätt vill personalen återställa ordningen som de uppfattar den i syfte att skapa trygghet och förutsägbarhet. I detta fall innebär ordning en social ordning där vårdare och patienter inordnas i ett hierarkiskt system med vårdare är överordnade patienter. Här finns risk för ett mekaniskt tänkande där vårdarna möter patienten med fastlagda rutiner. **Man kan fråga sig om vårdarna förväxlar sina egna behov av trygghet och förutsägbarhet med patients behov?** Andra studier har visat att om patienten bryter mot ordningen så blir de kompromisslöst schemalagda av vårdarna

i syfte att kontrollera deras handlingar (Hellzén, 2000). "Traditionell" psykiatrisk vårdkultur präglas av hierarkiska uppgiftsorienterade möte mellan vårdare och patient/brukare i stället för relationsrelaterade – skapande en maktobalans (cf. Foucault, 1983; 1987) och flera studier visar att det fortfarande finns spår av det som Goffman (1991) kallade "total institutioner", karaktäriserade av hierarkisk struktur med personal överordnad i fasta rutiner och regler, inkluderande ett straff- belöningssystem där patienterna känner sig i underläge.

Att patienterna ofta har ett svagt socialt nätverk gör det troligen svårare för dem att avgöra vad som var en etablerad behandlingsmetod och vad som var ett förhållningssätt som grundade sig i vårdarnas ställningstaganden? Det blir svårt för patienterna att avgöra vad som är ett acceptabelt förhållningssätt gentemot dem, något som styrks av data från den opublicerade tredje studien. Intervjuerna med vårdarna visar att det var ett svårt val för dem – skulle de fokusera på patientens lidande och relationen med denne eller skulle de fokusera på den ömsesidiga relationen i personalgruppen med trygghet och förutsägbarhet? Detta förhållande kan sägas skapa en tragedi för vårdarna (Berdjajev, 1994) då det verkar vara omöjligt att välja både patient och kollegor. Att ha ett personalgemensamt förhållningssätt är att kunna gömma sig i kollektivet av vårdare, att inte bli utpekad av patienten. De vårdare som höll fast vid det gemensamma förhållningssättet kunde då uppleva sig svikna av kollegor som inte

gjorde det. Samtidigt bidrog hållningen med det gemensamma förhållningssättet till att objektifiera patienten, vilken blev förvandlad till en främling, av en annan sort än vi andra, vårdarna. Flera tidigare studier visar att många vårdare har stereotypa bilder av vad det innebär att ha psykisk ohälsa (Lilja et al., 2004; m.fl). Vårdarna som inte trodde på det gemensamma förhållningssättet hamnade i konflikt både med sig själva och med kollegor – skulle de följa sitt samvete eller kollektivet? Makt existerar bara då den används. Därför är maktutövning svår att upptäcka för den som maktutövningen inte är riktad mot (Foucault 1983). Vi har alla i livet upplevt situationer där vi varit utsatta för makt och de känslor av obehag det frammanar. Då vårdarna som håller fast vid det gemensamma förhållningssättet själva inte är föremål för maktutövningen, det är i stället de som utövar makten, förefaller vårdarna ha svårt att se vad patienten utsätts för då ett personalgemensamt förhållningssätt används.

Konklusion

När vårdarna använder ett personalgemensamt förhållningssätt i psykiatrisk omvårdnad leder det till en ojämn maktindelning mellan vårdare och patient, ofta med lidande för bägge. Ett personalgemensamt förhållningssätt är, trots att det troligen tillämpas i all psykiatrisk slutenvård, inte en genomtänkt vårdstrategi – i stället är det ett sätt att kontrollera en patient då vårdarna känner sig utlämnade och presade av patientens handlande.

”Makt existerar bara då den används. Därför är maktutövning svår att upptäcka för den som maktutövningen inte är riktad mot.”

(Foucault 1983)

Referenser/Läs mer

- Bauman, Z. (1995). *Life in Fragments. Essays in Postmodern Morality*. Manchester, UK: Polity Press.
- Berdjajev, N. (1994) *Vägar till självkänedom* (Translation from Russian. Original title: Samopoznanie) Skellefteå: Artos bokförlag.
- Enarsson, P. Sandman PO, Hellzen, O. (2007) *The preservation of Order: The use of Common Approach Among Staff Toward Clients in Long-Term Psychiatric Care*. *Qualitative Health Research*, 7, 718-729.
- Enarsson, P. Sandman PO, Hellzen, O. (2008) *“Being good or evil”: Applying a Common Staff Approach When Caring for Patients with Psychiatric Disease*. *International journal of qualitative studies on health and well-being- QHW* 3, 4, 1748-2623.
- Foucault M. (1983) *Madness and Civilization* (French original 1961). London, UK: Routledge.
- Foucault, M. (1987). *Discipline and Punish* (French original 1975). Harmondsworth, Middlesex, UK: Penguin Books.
- Goffman, E. (1991) *Asylum: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London, UK: Penguin Books.
- Hellzén, O. (2000). *The Meaning of Being a Carer for People with Mental Illness and Provoking Actions: Carers' Exposure in Problematic Care Situations*. Umeå University, Umeå, Sweden: Medical Dissertations.
- Hellzén, O., Asplund, K., Sandman, P. O. and Norberg, A. (1999). *The unwillingness to be violated: carers' experiences of caring for a person acting in a disturbing manner. An interview study*. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 653–662.
- Lilja, L., Ördell, M., Dahl, A., & Hellzén, O. (2004) *Judging the Other: Psychiatric nurses' attitudes towards identified in-patients as measured by semantic differential technique*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 546-553.
- Peilert, A., Asplund K. and Norberg, A. (1995). *Stories about living in a hospital ward as narrated by schizophrenic patients*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2, 269-277.

För vidare kontakt:

Per.Enarsson@katrineholm.se

”Jeg er ikke en ting,



Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern.

Av Psykiatrisk sykepleier Unn Hammervold, Stavanger



Denne artikkelen utledet av min masteroppgave med tema ”Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern.” (2009)

Min interesse for bruken av tvang i psykisk helsevern ble gradvis vekket gjennom arbeid som sykepleier i psykiatrisk avdeling i mange år.

Jeg husker mange episoder der tvang ble benyttet, noen ganger verdig og profesjonelt utført, andre ganger håndtert på måter som gjorde at jeg etterpå kjente ubehag og skam.

Vi hadde etablert rutine med debriefing av ansatte som etter slike episoder, men vi hadde sjelden eller aldri gjennomgang av episoden i etterkant sammen med involvert pasient og personalet sammen. Dermed fikk vi kun et fragmentert bilde av hva som hadde ført til bruk av tvangsmidler og hvordan pasienten hadde opplevd situasjonen. Vi vektla heller i liten grad evaluering av hvordan forsøk på frivillige løsninger hadde vært forsøkt.

Vi registrerte at medpasienter ble engstelige og urolige etter at de hadde vært vitner til tvangsepisoder, men vi tok sjelden initiativ til samtaler med medpasientene i etterkant.

Gjennom mitt arbeid i NSF's Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere har jeg etter hvert både hørt innlegg av brukere som har opplevd tvang, samt snakket med flere av disse.

En setning har gått igjen hos mange brukere som har opplevd tvang; ”Det var måten de gjorde det på.”

Dette har medført en nyskjerrighet knyttet til

- Hva ligger i utsagnet ”måten de gjorde det på”?
- Hvilke alternativ finnes til ”måten de gjorde det på”?

Brukernes erfaringskunnskap er tradisjonelt lite vektlagt innenfor kunnskapsfeltet psykisk helse som i stor grad har vært dominert av det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget.

Skorpen, Anderssen, Bjelland og Øye (2008) konkluderer i sin litteraturgjennomgang om brukerperspektiv i norsk forskning med at de fant ”overraskende lite psykiatrisk forskning i Norge som involverte innlagte pasienters erfaringer i psykiatriske sykehus”. De sier videre at det i Norge er publisert lite forskning på om hvordan pasientene selv opplever tvangsbruk og hvordan de vurderer situasjonene som førte til at personalet valgte å benytte tvangsmidler.

Jeg valgte i studien å løfte fram brukernes stemmer, da jeg mener at deres beskrivelse og deres språk vil kunne bidra til at andre dimensjoner løftes fram enn det fagfolk sine beskrivelser og vurderinger vil kunne gjøre.

Økt kunnskap om brukernes erfaringer kan bidra til, og kanskje være en forutsetning for holdningsendringer og økt evne og vilje hos helsepersonell til å finne alternative løsninger til tvang.

Anvendelse av tvangsmidler er definert i Psykisk helsevernloven § 4-8:

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

jeg er et menneske”

Som tvangsmiddel kan anvendes:

- mekaniske tvangsmidler som hinderer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær
- kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.
- enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- kortvarig fastholding.

Mine forskningsspørsmål var:

- Hvordan opplever mennesker med psykiske lidelser anvendelse av tvangsmidler i psykisk helsevern?
- Opplever brukerne at de hadde muligheter til å påvirke situasjonen som førte til bruk av tvangsmidler?
- Opplever brukeren at alle andre lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige før tvang ble iverksatt?
- Mener brukeren at situasjonen kunne vært håndtert på en annen måte – og i så fall hvordan?

For å få fatt i brukernes stemmer og deres beskrivelser av opplevelser knyttet til tvang, valgte jeg kvalitativt forskningsintervju og videre en hermeneutisk forankring til intervju, analyse og fortolkning. Den hermeneutiske metode er ifølge filosofen Gadamer (2004) den eneste adekvate metode i humanistiske disipliner hvor empiriske og naturvitenskapelige metoder er uegnet.

En grunnleggende forutsetning for hermeneutisk analyse er at man gjør grundig rede for sin forforståelse. I min forforståelse lå det en antakelse om at makt var et sentralt begrep. Jeg valgte derfor å ta utgangspunkt i den franske filosofen Michael Foucault som har problematisert forholdet mellom kunnskap og makt.

Allerede i første intervju så jeg at sentrale tema var en opplevelse av objektivisering hos brukeren og en lengsel etter omsorg. På denne bakgrunn inkluderte jeg også

Hans Skjervheim og Kari Martinsen i teorigrunnlaget.

Jeg fant informanter gjennom Mental Helse og fikk da kontakt med 5 personer, 4 kvinner og 1 mann.

Det var to hovedtema eller begrep som pekte seg ut ved analyse og fortolkning av intervjuene. Brukerne sine erfaringer var preget av fortellinger om **systemets makt** og **individets nakenhet**. Under tema av makt var objektivisering og oppdragelse. Under tema av individets nakenhet var avmakt, ensomhet, redsel og retraumatisering.

Informantene hadde i liten grad erfart at de hadde muligheter til å påvirke situasjonen der tvang ble iverksatt eller at alle lempeligere tiltak var prøvd i forkant.

Når det gjaldt synspunkt på hvordan de mente situasjonen kunne vært håndtert på en annen måte, var dette mer knyttet opp til den totale opplevelsen av oppholdet enn de konkrete situasjoner der tvangsmidler ble brukt. Dette samsvarer med Sintef Helse (2007) sine funn i prosjektet ”Brukerorienterte alternativ til tvang.”

Alle informantene pekte på behovet for å evaluere situasjonen i etterkant, noe de i liten grad hadde vært med på.

Som Anne sa: *”Hvis du hadde fått vært med etterpå, hvis folk måtte redegjort for å trykke på alarmen, da tror jeg tvangstallene hadde gått ned”.*

Jeg velger å utdype tema objektivisering videre i artikkelen da jeg mener dette blir et sentralt i utøvelsen av psykiatrisk sykepleie.

Det ble tidlig i intervjuprosessen tydelig at ”tingliggjøring” eller objektivisering var

et av fenomenene som synliggjorde aspekter ved tvang.

Anne fortalte: *”En gang ble jeg kalt en ting. Vi må få vekk, eller: vi kan ikke gå å bære på den tingen her. Gå og finn er rullestol.”*

Intervjuer: Så du hørte det at noen kalte deg for en ting?

”Ja, og så ble jeg så sint. Jeg skreik at; jeg er ikke en ting, jeg er et menneske, da ble det bare enda verre.”

Begrepet objektivisering er beskrevet hos Skjervheim i Deltakar og tilskodar (1976) der han beskriver to ulike måter å forholde seg til medmennesker på, nemlig som et objekt eller som et subjekt.

Et nærliggende eksempelet på objektivisering er å forholde meg til et menneske med en psykisk lidelse som en diagnose, og ikke en person.

Hans Skjervheim (1926 – 1999) var en norsk filosof som var særlig opptatt av forholdet mellom naturvitenskapene og humanvitenskapene. Han var kritisk til den rådende positivistiske filosofien da han mente at det var en prinsipiell forskjell mellom naturfenomen og sosiale fenomen.

En grunntanke hos Skjervheim er at praktiske problem aldri fullt ut kan løses ved hjelp av teoretisk vitenskap som kan dekke praksisfeltet ved hjelp av tekniske eller instrumentelle løsninger.

Hans Skjervheim uttrykker i essayet ”Det instrumentalistiske mistaket” (Skjervheim, 1976) en kritikk av det han kalte objektivisering. ”Mistaket” er å forveksle

*”En gang ble jeg kalt en ting.
Vi må få vekk, eller: vi kan
ikke gå å bære på den tingen
her. Gå og finn er rullestol.*

”Jeg er veldig opptatt av musikk, da. jeg satt på rommet og dunket hodet i veggen, ganske mye. Det sto i min pleieplan at jeg fikk lov til å dunke hodet 10 ganger i veggen. Og så var det beltelegging.

praktiske og pragmatiske handlinger. Pragmatiske handlinger er mål-middel handlinger der fysiske lover kan gi svar på hvilke handlinger vi skal velge. Praktiske handlinger er handlinger i forhold til andre mennesker, altså andre subjekt som har sin egen historie, egen bevissthet og egne opplevelser. Her er det etikk, og ikke de fysiske lover som bestemmer våre handlinger. Forståelse av den andre blir da det vesentlige.

Eksempel på å møte en pasient med en pragmatisk handling vil være en samtale der mitt motiv er å få fatt i informasjon om hans symptomer for å kunne kategorisere disse symptomene for i neste omgang å stille en diagnose. Dette kaller Skjervheim å objektivisere den andre. *”Dersom vi objektiviserer den andre, er det ikke så lett på same tid å ta han og det han seier alvorleg”* (Skjervheim, 1976, s. 74).

En praktisk handling vil derimot være å møte pasienten med det formål å ha en samtale der pasienten kan få beskrive sin historie, sin opplevelse av virkeligheten og sin mening om hva som vil være god hjelp i den aktuelle situasjon.

Anne illustrerer forskjellen mellom en pragmatisk handling og en praktisk handling på følgende måte:

”Jeg er veldig opptatt av musikk, da. jeg satt på rommet og dunket hodet i veggen, ganske mye. Det sto i min pleieplan at jeg fikk lov til å dunke hodet 10 ganger i veggen. Og så var det beltelegging.

...Og så var det noen av ekstravaktene som kom. Han ene kom inn og så satt han seg bare på senga, han rørte ikke meg. Han satte seg opp på senga og begynte å snakke om en musikkfestival han hadde vært på. Også husker jeg at jeg tenkte: Forstår han, hva er det som skjer? Vanligvis står de bare og teller i døra. Men han satte seg ned og fortsatte bare å fortelle om banda han har hørt og så kom han inn på et band som jeg likte. 10 min etterpå satt vi faktisk og diskuterte musikkfestivaler”.

”Men, jeg kunne ønske jeg kunne si at det vanligvis var sånn de gjorde det, men som regel; Det var de to gangene der. Som jeg husker da. De andre gangene sto de i døra og telte til 10 før de trykte av og heiv meg opp i belter og ofte endte det med sprøyter, to sånn sprøyter, Stesolid og hvaer det noe det andre heter, noe som gjør at du sover i to dager?”

Skjervheim påpeker imidlertid at i praksis er det ikke mulig å skille helt mellom pragmatiske og praktiske handlinger. Den pragmatiske, instrumentelle fornuften har sin plass, men den har sine grenser som vi må være klar over. Innsikt er en forutsetning for å overvinne det instrumentalistiske mistaket.

Skjervheim sier at det å objektivisere den andre går en til angrep på den andre sin frihet. En skaffer seg herredømme over den andre ved å gjøre han til et faktum eller en ting i sin verden. Dermed vil man ikke se behovet for å ta vedkommendes meninger opp til ettertanke og eller diskusjon. En hevder da å forstå den andre bedre enn det han gjør selv. Dialogen vil ved objektivisering være toleddet, jeg og mitt saksforhold. Dersom jeg i dialogen møter den andre som subjekt, vil dialogen være tre-leddet, den andre, jeg og selve saken.

Anne illustrerer videre forskjellen på det som Skjervheim kaller en to-leddet og tre-leddet dialog med følgende utsagn:

”Hvis du har fastvakt f.eks. da hvis fastvakten sitter og spiller på mobilen; Det er så provoserende. Så sitter du der på rommet ditt, så sitter det en der og spiller på mobilen. Det er (pause)...- , men så har du de som er kompiser som: Nå er jeg fastvakt her. Jeg har lyst at dette skal bli kjekt. Kan vi ikke bare snakke sammen? Høre på musikk og sånne ting. Det går ann å gjøre det til mindre majestetisk på en måte.....Maktforholdet blir veldig skeivt når du setter deg i døra med et ukeblad eller en mobil å trykke på. Hvis du går

inn og heller er et medmenneske, vil jo opplevelsen bli en helt annen”.

Skjervheim viser til Sokrates som gjennom å snakke med andre lot seg engasjere av deres problem. Hans interesse var de etiske problemene som han mente kunne løses ved hjelp av fornuften. Dersom en ikke lar seg engasjere, så stiller en seg sjøl utenfor og gjør seg sjøl til en fremmed, en deltaker. Vi kan ikke velge om vi vil la oss engasjere, mener Skjervheim, men vi kan velge hva vi vil engasjere oss i, eller la andre velge for oss. Andre kan være ”man”, ”skikk og bruk”, ”common sense”. Innenfor institusjonspsykiatrien kan ”andre” tenkes å være ”det som sitter i veggene” eller regler og rutiner.

Skjervheim mente ikke at man i alle situasjoner skulle være deltaker. Det viktigste er å erkjenne at begge posisjonene finnes for så å reflektere over hvilken rolle man inntar i ulike situasjoner.

Objektivisering kan også komme til uttrykk gjennom vår definisjonsmakt.

Cesilie uttrykker: *”Jeg sliter fortsatt med mitt selvbilde, for jeg har blitt så definert, som syk, syk, syk. Alt jeg gjør, er sykt. Jeg vet ikke mitt eget beste, jeg forstår ikke meg selv, jeg forstår ikke tankene mine. Jeg er forvirra. Det er ikke så lett, liksom i nå i ettertid, selv om mange sier; jammen de må jo ha tatt feil, du er jo ikke sånn, du er jo helt normal på mange måter, sier de til meg da, folk jeg har kontakt med nå. Jeg synes det er kjempevanskelig å slippe alle de definisjonene av meg selv som jeg har fått i gave fra psykiatrien”.*

Videre: *”De visste best og visste at nå går det bedre med meg da jeg slutta å jogge og begynte å røyke”.*

”Jeg opplevde, jeg opplevde at i psykiatrien er det en sånn overbevisning der at fagpersonalet, de vet veldig mye om meg. De skjønner hva som er bra for meg og sånn”.

Cesilie beskriver sin opplevelse av de ansattes perspektiv det som Skjervheim kaller ”tilskodar perspektiv”, at den ansatte som subjekt observerer henne som da blir objekt.

Psykiatrien har en lang historie på det å observere og kategorisere det man oppfatter som avvik som sykdom. Foucault skriver at blikket innført på 18-tallet som et av asyls viktigste trekk. Dette blikket ikke ga noen adgang til gjensidighet, og at vitenskapene om sinnssykdommen alltid kom til å bestå av observasjoner og klassifikasjoner (Foucault & Sandmo, 2000).

Også i dagens pleieplaner som først og fremst er pleiepersonalets redskap i det miljøterapeutiske arbeidet, er det vanlig å skrive observasjoner som tiltak. Det kan omhandle alt fra observasjoner om psykose, vrangforestillinger, ivaretagelse av grunnleggende behov, - i det hele tatt alt som handler om adferd. Ved noen avdelinger har man innført pleieplanskriving sammen med pasienten, men svært ofte blir det den enkelte sykepleiers subjektive mening som preger planen. Pleieplanskriving og behandlings- og rapportmøter med pasienten til stede er fremdeles unntak framfor regel.

Anne viste til et seminar hun hadde vært på der personal fortalte om erfaringer med overlapping mellom skiftene med pasienten til stede. Anne mener at tvang kan reduseres ved å innføre dette i avdelingen som et tilbud til pasienten.

"For da får pasienten være med å si noe om det som er vanskelig. Altså, på dagen i dag hadde hun det veldig vanskelig, da er kontaktpersonen og mye mer forplikta til å ta kontakt i løpet av dagen. For det er de alltid ikke like flinke til..... Hvordan kjenner du deg nå? Tror du det går greit i kveld? Kan vi gjøre noe som du tror vil gjøre det lettere? I stedet for at i dag var Anne helt krakilsk på dagen. Vi har fått ordna det nå, for vi har fått gitt henne ei sprøyte.

På kvelden så blir hun ikke noe problem, sant?"

Flere av informantene påpekte det de mente handlet om stigma og fordommer hos ansatte innen psykisk helsetjeneste.

Anne sier: *"Jeg tror vi har veldig langt igjen for å få vekk stigmatiseringen. Vi snakker om å få vekk stigmatisering ute i samfunnet, men å få vekk stigmatisering innad i helsevesenet? Det som ikke er så synlig. Hvorfor har personalet egne kop-*

per? Vi har ikke noen smittsomme sykdommer, sant? Hvorfor skal de spise etter at vi har spist? Hvorfor kan de ikke spise sammen med oss? Altså, det er sånne små ting som viser at det er en del holdninger som må endres. De tror de har kommet så langt. Men det er så langt igjen å gå. De lager sånne skiller som er heilt unødvendige. Alle vente på å ta de store skrittene, men så glemmer de å ta de små skrittene som gjør at man kommer fram til de store. De sitter bare og venter på noe revolusjonerende".

Informantene beskriver hvordan de ble møtt i holdning og handling på begge måter av personalet. Den gode måten å bli møtt på handler om en tre-leddet dialog med personalet som deltaker. Det som informantene opplevde som stigma og fordommer skaper imidlertid to-leddet dialog der personalet blir tilskuere.

Den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen er inspirert både av Michael Foucault og av Hans Skjervheim.

I Øyet og kallet (2000) diskuterer Martinsen hva det er øyet tillater seg å se, og om dette øye er utforskende, mottakende og deltakende. Dette vil få konsekvenser for om sykepleieren lar seg berøre og i neste omgang møter den andre der han er. Hun henviser til Foucault som bruker begrepene "det klassifiserende blikk" og "det eksaminerende blikk". Hun hevder at vi har behov for både "den hurtige abstrakt-allmenne klassifiseringskunnskapen med sine se-teknikker" og den langsomme erfaringskunnskapen. Det blir imidlertid nødvendig å foreta en avveining i forhold til hvor stor plass disse klassifiseringene skal få. Faren er at mennesket blir redusert til en sykdom eller diagnose, noe som igjen får konsekvenser både for kommunikasjonen og handlingen.

Dagens krav til evidens innebærer en risiko for en for ensidig vektlegging av alt som kan telles og måles når ny kunnskap skal utvikles. Det kan her være en fare for å utvikle kunnskap og praksis som ikke ser verdien av enkeltmennesket, og dermed fare for ytterligere objektivisering. Når det gjelder utvikling av kunnskap innen omsorgsteori mener Martinsen at denne bare kan foregå i samarbeid med praksisfeltet (Martinsen, 2003). Denne forskningen må ikke være utvikling av modeller, men

kvalitativ. Den må ikke være forklarende, men beskrivende og den må være meningsfortolkende. Denne forskningen vil være interessert i det særegne og spesielle og i ulikheter mellom fenomen, altså ikke det generelle og allmenne. Martinsen kaller det en "misforståelse" at den naturvitenskapelige vitenskapen er den høyeste form for kunnskap. Det er helt urimelig å overføre naturvitenskapens krav til evidens til andre områder der den type krav ikke kan innfris. Vi må heller akseptere at ulike typer kunnskap er komplementære, det vil si at de er likeverdige og utfyller hverandre. Denne typen komplementaritet tas det imidlertid ikke hensyn til innenfor dagens evidensbaserte praksis. Martinsen viser i denne sammenheng til Skjervheims "instrumentalistiske mistak" der praksis blir styrt av regler fra evidensbasert forskning.

Konsekvensene av en slik praksis er at "subjektivitet, klinisk skjønn og fortellinger blir marginalisert" (Martinsen, 2005, s. 93).

Vi må derfor som psykiatriske sykepleiere være pådrivere for kunnskapsutvikling der brukere bidrar både med egne erfaringer og som forskere. Dette vil bidra til å styrke både bevissthet og kunnskap hos helsepersonell slik at pasienter og brukere møtes som likeverdige subjekt og ikke som "ting".

Referanseliste:

- Foucault, M, & Sandmo, E. (2000) Galskapens historie i opplysningens tidsalder. [Oslo] : Bokklubben dagens bøker
- Gadamer, H. - G. (2004) Sandhed og metode: grundtræk af en filosofisk hermeneutik. Århus: Systime
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993) Samfunnsvitenskapens forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2000). Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. (2003) Omsorg, sykepleie og medisn: historisk-filosofiske essays. [Oslo] : Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2005) Samtalen, skjønn og evidensen. Oslo: Akribe
- Norvoll, R. (2002). Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon. Oslo: Gyldendal akademisk
- Sintef Helse. (2007) Delrapport 1. Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus - en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur (Vol. Sintef A4572). Oslo/Trondheim: Sintef Helse
- Skjervheim, H. (1976) Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Tanum-Norli
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C., & Bjelland A.K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. Vård i Norden, 28(4), 19 - 23



En Sundhedsplatform i det sociale arbejde

Af specialuddannet psykiatrisk sygeplejerske og projektleder, Mette Bundgaard Nielsen. MetteBundgaard.Nielsen@Silkeborg.dk
Distriktsygeplejerske og projektsygeplejerske Charlotte Enemark.
Mobilsygeplejerske og projektsygeplejerske Tove Holm.
Antropolog Anita Hjort Rasmussen.

”Når der er party i provinsen”.

Det er et velkendt problem, at dobbeltdiagnosticerede mennesker er ”kastebolde” mellem det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingen. Argumenterne mod behandling er fra psykiatrisk side, at man ikke kan behandle et misbrug hos en person med en ubehandlet sindslidelse. Misbrugsbehandlere argumenterer omvendt, at man ikke kan behandle personer med ubehandlet sindslidelse for misbrugsproblemer. Samtidig har mange sindslidende med misbrug ubehandlede somatiske problemer.

Før det tidligere Århus Amt blev til en Region, havde Misbrugscentret, Alkoholrådgivningen og Forsorgshjemmet Godrum i Silkeborg kommune få timers psykiaterkonsultation ugentligt. Lægekonsulentfunktionen blev desværre sparet væk, da institutionerne overgik fra Region til kommune.

Projektet ”En Sundhedsplatform i det sociale arbejde” opstod i et samarbejde mellem Silkeborg Kommune, Kirkens Korshærs Varmestue i Silkeborg, Lokalpsykiatrisk Center i Silkeborg, Region Midtjylland og Rusmiddelcenter Silkeborg (det tidligere Misbrugscenter + Alkoholrådgivningen) som et af 8 modelprojekter under Sundhedsstyrelsen, med det formål at lave sundhedsfremme og forebyggelse, samt metodeudvikle omkring gruppen af de socialt mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere og hjemløse.

Da projekt Sundhedsplatformen startede, valgte man at ansætte en projektleder

med psykiatrierfaring og samtidig gav Region en penge til en halvtids psykiatrisk sygeplejerske, som skulle styrke netværksdannelsen og brobygningen mellem psykiatri- og misbrugsbehandlingen. Desuden er der en mobilsygeplejerske tilknyttet teamet, samt en 20 timers sygeplejerskestilling.

Sundhedsplatformen ansatte en antropolog i 20 timers stillingen, i et barselsvikariat. Antropologen har i teamet kunnet bidrage til bruger undervisningen, som ”brobygger” i ”gå med funktionen” og ikke mindst bidraget til metodebeskrivelserne.

Et af de overordnede mål med projektet har været at skabe opmærksomhed specifikt omkring personer med dobbeltdiagnose og de udfordringer der er i forhold til at sikre tilfredsstillende behandling for denne særlige gruppe.

Sundhedsplatformen har arbejdet på at sikre, at så mange brugere som muligt får samtidig behandling for både deres misbrug, sindslidelse og somatiske problemer. Man har villet sikre samtidig behandling af misbrug og psykiatrisk sygdom, enten i Lokalpsykiatrisk center eller hos praktiserende læge. Sundhedsplatformen har således været medvirkende til, at flere sindslidende har fået et misbrugsbehandlingstilbud.

Kontakten mellem psykiatri – og misbrugsbehandlingen etableres ved, at en samarbejdspartner –

f eks en medarbejder i Varmestuen, en bostøtte eller en misbrugsbehandler henvender sig omkring en bruger, som ikke får behandling for enten sin sindslidelse eller misbrug. I andre tilfælde henvender brugere sig direkte til Sundhedsplatformen

via tilgængeligheden i Kirkens Korshærs Varmestue. Tilgængeligheden lettes ved, at der altid er en sygeplejerske tilgængelig i Varmestuen om mandagen, men kan også foregå ad hoc som en del af samarbejdet med Kirkens Korshær. Via denne funktion har Sundhedsplatformen kunnet observere og motivere brugere, som ellers ikke selv ville være i stand til at henvende sig og bede om hjælp.

Tilbuddet har bestået af:

- Hjælpe brugere med at blive henvist til relevant behandling.
- Følge brugere til behandling.
- Skabe dialog mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien via;
 - Brugersager
 - Dannelsen af en Arbejdsgruppe for dobbeltdiagnosebrugere,
 - Arrangere halve temadage hvert halve år, hvor temaet har handlet om behandling af brugere med dobbeltdiagnose problematik.
 - Give sparring og undervisning til samarbejdspartnere omkring sindslidelser.
 - Have samtaler med brugerne om sindslidelsen, vurdering af behandlingsbehovet, opfølgning på den medicinske behandling, psykoedukation etc.

Arbejdsgruppe omkring brugere med dobbeltdiagnose problematik.

Mange undersøgelser viser, at der er evidens for integreret behandling til målgruppen (1). Hvad gør man så, når kommune og region ikke kan mestre et tilbud om integreret behandling for dobbeltdiagnosepatienter?

Man bør sikre, at alle relevante samarbejdspartnere arbejder på at sørge for, at der er sammenhæng i den nuværende parallelbehandling. Ud fra denne hypotese har Sundhedsplatformen i samarbejde med den sociale bostøtte startet en arbejdsgruppe, som ønsker at danne et netværk af arbejdspladser, som arbejder med brugere med dobbeltdiagnose problematik. Således får den enkelte medarbejder relevant sparring og en oplevelse af, at have nogle at dele opgaven/bruger-sagen med, så man ikke står alene med opgaven.

Formålet med arbejdsgruppen er, at få gruppen etableret samt at få udarbejdet samarbejdsaftaler.

Herefter vil gruppen mødes en gang i kvartalet eller indkalde til ekstraordinært møde, når der er behov for fælles sparring på konkrete brugersager samt udarbejdelse af fælles handleplan. Der vil i gruppen være mulighed for udveksling af viden omkring muligheder og begrænsninger i de tilgængelige tilbud til målgruppen.

Forhåbentligt kan det på længere sigt ende med, at tiltag i arbejdsgruppen kan føre til konkrete samarbejdsprojekter på tværs af region og kommune. Fremtidige tiltag kunne være, gruppe-undervisning "Et bedre liv"⁽³⁾ samt psykoedukation til pårørende, således at de pårørende får viden om sindslidelsen og misbrug og dermed bedre kan støtte den dobbeltbelastede.

En dans på roser?

En stor del af arbejdet omkring brobygning mellem psykiatri og misbrug har været båret af Sundhedsplatformens medarbejdere. Dette vil give organisationerne mange udfordringer med at få tiltagene implementeret i de respektive behandlingsinstitutioner, når projektet stopper i oktober 2010.

Selv om der er "blødt op" mellem psykiatri og misbrugsbehandlingen, er der lang vej endnu. Der vil være et vedvarende behov for tovholdere på det nuværende Rusmiddelcenter og i psykiatrien, som igennem projektet har fået en jævnlig kontakt til hinanden omkring de fælles brugere.

Der er fortsat et stort behov for udredning af sindslidelser hos misbrugere. Rusmiddelcenter Silkeborg er i gang med at udvikle på en screening for psykiske lidelser af brugerne, men hvis der ikke ansættes en psykiater i Rusmiddelcenteret, vil det kræve et formaliseret samarbejde mellem psykiatrien og de praktiserende læger at nå fra screening til diagnosticering og behandling. Hvis Rusmiddelcenter Silkeborg ikke har en psykiater tilknyttet, vil samarbejdet give et øget pres på psykiaterne og den psykolog i Lokalpsykiatriske center, der laver udredning og screening for sindslidelse.

Ud over behandling er det Sundhedsplatformens erfaring, at brugerne bør tilbydes psykoedukation, både omkring sindslidelsen og om stoffernes virkning på "krop og sjæl".

Anbefalinger – Hvordan koordineres en dobbeltdiagnoseindsats?

Sammenhæng, åbenhed og fleksibilitet hænger sammen. Samtidig ser Sundhedsplatformen en tendens til, at arbejdspladserne i hjælpesystemet lukker sig om sig selv, idet der ofte foreligger helt faste "skal opgaver" og skarpt definerede arbejdsopgaver. Det kræver vedholdenhed og et stort stykke forarbejde at løse op for de traditionelle arbejdsgange og fleksibilitet i systemerne. Et koordinerende sundhedsteam der brygger bro og arbejder fleksibelt, er klart en anbefaling, når det handler om de mest udsatte dobbeltdiagnosticerede.

Litteratur forslag:

1. Dobeltdiagnose- håb-afklaring-handling. En antologi. Team for misbrugspsykiatri, Århusuniversitetshospital, Risskov.
2. Magasinet-RUS. Link: www.magasinet-rus.dk/index.php?option=com_content&view=article&id=121:misbrugere-har-ofte-en-dobeltdiagnose&catid=43:ambulant&Itemid=81.
3. Mestring av rus- og psykiake problemer, Rolf W Gråwe mfl. Tapir Akademiske forlag, Trondheim 2009
4. Projekt Bedre Udredning, Misbrugscenter ÅrhusDiv. Fagskrifter; Videnscenter for Socialpsykiatri, Stof, Misbrugspolitisk Magasin etc.
5. Lars Thorgaard; Relationsbehandling bind I og II, Hertervig forlag
6. Henrik Rindom; Rusmidlernes biologi – Om hjernen, sprut og stoffer, Sundhedsstyrelsen 2004.

Kristine Rørtveit

Jobber i Stavanger DPS, Lassahagen
Psykiatrisk sykepleier/forskningssykepleier.



Hvilke forventninger har du haft til konferencen her i Helsinki?

Kristine: Jeg havde forventninger om at få både faglige påfyll og få fokus på den psykiatriske sygepleje. Det var én af mine største forventninger. Der er så mange forskellige præsentationer som er veldig bra, og det der med også at have fokus på faget det er veldig sterkt og det har været så sterkt imellem hver session. Når man snakker om, hvad man har hørt på i dag så bliver det den psykiatriske sygepleje der er i fokus. Det er veldig bra.

Hvad betyder sprogforskellene for dig?

Kristine: Nu har jeg haft et indlæg selv, og jeg merker at språket er viktig fordi du skal formidle noget og skabe engagement, og det er ikke alltid like lett på et annet språk. Men det er på en måte sådan det er, og det at snakke nordiske sprog går jo helt fint, men så er der jo det, at det engelske av og til har været lidt vanskelig at forstå.

Har du fået ny viden om recovery?

Kristine: Det der med implikasjoner for praksis. Nogle foredrag har vært veldig tydelige på det med implikasjoner for praksis og veldig konkrete og det har vært veldig veldig bra. De er veldig gode som er styret mod det. Og da er det jo klart, at dette med recovery det kommer jo ofte i dette, at hvis du følger implikasjonene for praksis gjort i studierne så ligger det jo deri.



Navn: Kari Kvaal

E-post: Kari.Kvaal@hihm.no

Førsteamanuensis
dr.philos. Institutt for
psykisk helse, oppvekst
og samfunn, Høgskolen
i Hedmark og Psykisk
helsearbeid, Avdeling
for sykepleierutdanning,
Høgskolen i Oslo

Patel, V. (2000). Health system research: a pragmatic model for meeting mental health needs in low-income countries. In G. Andrews & S. Henderson (Eds.), *Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses* (pp. 363-371). Cambridge: Cambridge University Press
Prince, M. "Dementia in developing countries. A consensus statement from the 10/66 Dementia Research Group." *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15.1 (2000): 14-20.
Prince, M., et al. "No health without mental health. [Review] [270 refs]." *Lancet* 370.9590 (2007): 859-77.

WHO. 2007. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr45/en/index.html>

Globalt psykisk helsearbeid - en utfordring for psykiatriske sykepleiere

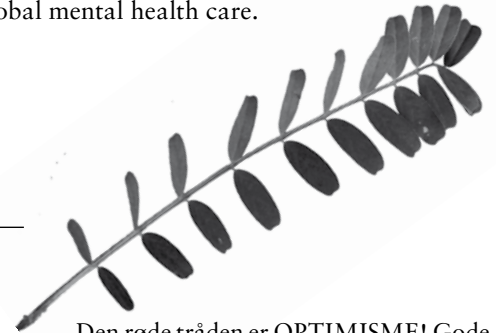
Sammendrag

Nyere oversiktsartikler viser at psykiske lidelser er en global utfordring hvor depresjon, rusavhengighet og demenssykdommene er de viktigste. Disse er nært knyttet til somatiske sykdommer. Personer med somatiske sykdommer er mere utsatt for psykiske problemer og lidelser, samt at personer med psykiske problemer og lidelser ofte har en nedsatt allmentilstand og er utsatt for somatiske sykdommer. Det kan føre til en negativ spiral og en forsterket utvikling av uhelse. Globalt lever vi lengre. Med stigende alder øker også forekomsten av flere psykiske problemer og lidelser hvor demenssykdommene og depresjon utgjør den mest krevende delen med hensyn til helsepersonell og økonomiske ressurser. I verden idag bor to-tredjedeler av personer med depresjoner og demenssykdommer i lav- eller mellominntektsland. Verdens helseorganisasjon har utfordret høyinntektsland til å bidra med hjelp til å bygge opp tilbudet til personer med psykiske lidelser. Det er en utfordring til psykiatriske sykepleiere som vi bør ta del i.

English

Global psychiatric nursing – accept the challenges

Global mental health care is one of our main challenges. Recent publications of systematic reviews show the close associations of co-occurrence of mental disorder and somatic diseases. Persons suffering from mental disorder have significant risk factors of somatic diseases as well as persons suffering from somatic diseases are at risk of mental disorders. The main global mental problems are depression, addictive disorder and mental disorder in old age as dementias and depressive disorder and these are more prevalent in low- and middle-income countries. Relatives and family members are usually the carers, and they often sacrifice work and income because the mental health care services are not established. We have unmet needs in the Scandinavian countries due to mental health care, but far away from the unmet needs in low- and middle-income countries. It is a challenge for psychiatric nurses to take part in global mental health care.



Den røde tråden er OPTIMISME! Gode eksempler og gode tiltak skal prege konferansen. Som tidligere skrevet håper vi på at våre medlemmer bidrar med det de kan frem til konferansen og under selve dagene!

Dagene hvor vi møtes på NSF fylkeskontor er: 28. september, 26. oktober og 30. november kl.19.00!

Selve konferansen er 25 – 27. mai, sett av dagene allerede nå!

Ellers kom gjerne med forslag, send en mail til vår leder Torfrid
torfrid.johansen@vestreviken.no

Håper vi sees!!!!
Elin Gjømse

Til våre medlemmer i Buskerud! Håper alle har hatt en fin sommer!

Gjengen i Buskerud er godt i gang etter en pause i sommer!
Vi jobber nå med 2 ting samtidig, ikke verst hva?

Det som skjer først er et meget aktuelt og interessant dagseminar på Haugestad i Lier onsdag 20. oktober!!!

Vi har vært så heldige å få Randi-Ann Rake Hoffart (t.v.) og Sigrid Holm Larsen, begge jobber på Modum Bad.

Temaet omhandler ulike vinklinger som « Nullstille for å omstille eller », « Litt hjelp – i tide... om å ivareta seg selv », « Økt mestring med mindre stress »

Stikkord: Bevisstgjøringsprosesser, Holdningsendringer, Stress mestring, Fra å gjøre til å være, Oppmerksomhets trening (oppmerksomt nærvær) Nærmere informasjon kommer. Velkommen!

Det andre og det store jobben er Landskonferansen i mai 2011 i Drammen. Programmet må være ferdig til utsending 1. november 2010. Vi mangler noe, men er snart i boks!

Reflektioner

Psykiatriska Riksföreningens reflektioner på högskoleverkets utredning om ökad kvalitet i psykioterapiutbildningen

En revidering av psykioterapeututbildningen är angelägen, och rapporten är välkommen. Att specialistutbildning inom psykiatrisk vård kan vara behörighetsgrundande är också positivt, dels öppnar det en kompetensutveckling/karriärväg för sjuksköterskor, dels är det en fördel att ha den trygghet som en specialistutbildning och erfarenhet som specialistsjuksköterska ger i mötet med patienter. Utan en grundläggande trygghet och träning i att möta människor finns alltid en risk att metoden kommer främst.

Det är inte ovidkommande att integrera psykioterapeutiska förhållningssätt eller psykodynamiska teorier i sjuksköterskeutbildning på olika nivåer, eller i klinisk handledning inom psykiatrisk vård. Psykiatrisjuksköterskor skulle ha mycket att vinna, dels av integrerade grundläggande psykioterapikunskaper i specialistsjuksköterskeexamen, dels av att ha en utbildning med behörighet för psykioterapeututbildning.

Det är dock viktigt att värna om specialistjuksköterskeutbildningen som en utbildning som först och främst fokuserar specialistjuksköterskans unika kompetens och ansvarsområde, så att den inte reduceras till en förberedande utbildning. Ett problem är att specialistutbildningen till psykiatrisjuksköterska inte har möjlighet att förändra nuvarande utbildningsinnehåll med att tillföra beteendevetenskap i den omfattningen som utredningen föreslår. Det är därför svårt att se att det föreslagna innehållet skulle kunna införas i utbildningen utan att se över dess längd. Ett alternativ kan vara att förlänga utbildningen som såväl distriktssköterskor och barnmorskor har. Ett annat alternativ kan vara möjligheten att läsa tillvalskurser i beteendevetenskap utöver nuvarande specialistprogram.

Sammanställd av Petra Svedberg

Nytt fra Nordland!

Først – takk til arrangementskomiteen i Stavanger for et godt gjennomført arrangement! Rita Hove fra LPS Nordland var representert. Vi vil gratulere det nye sentralstyret, og er selvsagt stolte over at ”vår” Kurt ble valgt til ny leder av LPS!

Vi i LPS Nordland har også fått nytt styre siden sist, og ny leder er undertegnede som har vært med i lokalgruppen i 3 år. Årets styre er representert med medlemmer fra hele fylket, noe som utfordrer oss både praktisk og økonomisk. Vi har blant annet organisert våre møtepunkter i heldagsmøter. Den brede sammensetningen gjør at vi får en god oversikt over aktiviteten i fylket og har stor nytte av å dele erfaringer. Målet vårt er å være synlige for våre medlemmer i de ulike deler av vårt langstrakte fylke!

Vi har siden sist avholdt seminar om samhandlingsreformens intensjoner og konsekvenser for psykisk helsearbeid i Salten, noe som blir nærmere presentert i en egen artikkel i Bivrost. Vi har også invitert til medlemsmøte på Mo. Erfaringen er at det er vanskelig å mobilisere medlemmene.

I Bodø har vi planlagt et utvidet medlemsmøte i høst. Der skal vi blant annet følge opp et av ønskene som fremkom på seminar om samhandlingsreformen – sette fokus på kunnskap om hverandres tjenester i kommunenes ulike nivå for å bedre kunne ivareta pasientforløpet.

Helse Nord har i sitt oppdragsdokument satt fokus på opprettelsen av brukerstyrte senger på alle DPS etter modell fra Jæren. Vi i LPS Nordland er også interessert i dette tema og registrerer at Mo er kommet langt og i disse dager tar i bruk en av sengene på døgnposten til dette formålet!

Mandag 11. oktober skal Bodø kommune markere Verdensdagen – LPS Nordland vil som vanlig stå på stand i byen. Det samme vil skje andre steder i distriktet.

På nyåret ønsker vi å få til et fagseminar på Mo i tilknytning til årsmøtet for 2011.

Bleke, men fattede etter en heller kjølig og våt Nordlandssommer, ønsker vi alle våre medlemmer og kolleger en god høst!

Vennlig hilsen
Marte Bugge, leder LPS Nordland

Styrelsemöte PRF

Årets andra styrelsemöte hölls i Stockholm 20-22 augusti, glädjande med tre nya styrelsemedlemmar, vi hälsar Bitte, Inger och Sten Ola hjärtligt välkomna till styrelsen.

Under tre dagar skulle vi avverka 24 punkter, gott om tid kan det tyckas men det blir alltid bråttom mot slutet, så även denna gång. Vi diskuterade årsmötet och årskonferensen i maj i Göteborg där ca 70 personer deltog och där vi på köpet fick 15 nya medlemmar. I stort sett var alla inblandade nöjda och det känns otroligt glädjande att vi detta år gick med vinst. Vi hann även börja diskussionerna kring årskonferensen 2011.

Vi diskuterade styrelsens inre arbete och fördelade poster och andra arbetsuppgifter. Nu har vi både kassör och sekreterare, vilket

känns skönt. 2009 och 2010 har varit tuffa år, med färre styrelsemedlemmar men med lika många arbetsuppgifter. Men nu tar vi nya tag och ser positivt på framtiden. Vi kommer att bl.a. arbeta för en ekonomi i balans, öka antalet medlemmar, ta plats i debatten och lyfta fram psykiatrisjuksköterskans nyckelroll i vården kring personer med psykiatrisk ohälsa.

Justerare

Ann Ingvarsson, Psykiatriska Riksföreningen



Takk for at jeg fikk lov å skrive, når jeg ikke kunne snakke

Av Lise Hetland, Stavanger

Jeg var alltid den stille jenta. Jeg tiet alltid, og jeg så aldri noen i øynene. Jeg var anonym, jeg var den som ingen ensset og verken hørte eller så. Jeg var ikke i stand til å snakke. Jeg hadde min egen form for ord og uttrykk, nemlig å skade meg selv, sulte og blø.

Mitt første møte med psykiatrien for 12 år siden, var en vond opplevelse som har satt spor i meg. Jeg var 15 år gammel, og etter mye om og men, hadde jeg gått med på å møte til samtale på ungdomspsykiatrisk. Det var min lærer og helsesøster som hadde ordnet i stand time for meg fordi de var bekymret og mente jeg trengte hjelp. Jeg hadde et lite håp om å bli hjulpet, å bli sett og kanskje hørt. Men jeg manglet ordene. Jeg var så redd, lukket og innesluttet at jeg ikke klarte snakke. Jeg fikk av denne behandleren høre "har du ingenting å si, har du ingenting her å gjøre". Det føltes som en vond avvisning for meg, og jeg løp derfra uten å se meg tilbake.

Og selvfølgelig ville jeg ikke ha mer kontakt med psykiatrien. Selvfølgelig var jeg skremt. Jeg kunne fortsatt ikke fortelle ved å bruke vanlige ord, men jeg kunne skrive. Jeg skrev dikt og tekster, og følelser og tanker ble formet til bokstaver og ord som ga mening og faktisk fortalte ganske mye om det som foregikk inni meg.

Som 21 åring, mer enn fem år senere, ble jeg lagt inn på psykiatrisk avdeling og fikk mitt andre møte med psykiatrien. Jeg var fortsatt vettskremt og uten ord, og mine psykiske vansker som 15 åring

hadde fått mange år på å utvikle seg til en psykisk lidelse. Det var faktisk så ille at dersom noen spurte meg et spørsmål, kunne jeg svare "har du penn og papir?" og deretter skrive svaret mitt på lappen og gi tilbake.

Jeg visste at å skrive var min løsning. Det kunne være min erstatning for selvskading, selvmordsforsøk og selvdestruktivitet. "Les, vær så snill og les"

Jeg har alltid blitt oppmuntret til å skrive om følelsene og tankene mine. Det var ingen problem, for å skrive kunne jeg, men hva hjalp det om ingen ville lese? Hvordan kunne et behandlingsopplegg starte når jeg ikke kunne snakke, og behandlerne ikke visste hva jeg følte? Svaret var "vi kan ikke drive å lese oss frem. Du må snakke for at vi skal kunne hjelpe deg".

Det nytter ikke å tvinge noen til å snakke, i hvert fall ikke noen som aldri har snakket før. Jeg grøsser ved tanken på behandlere som har en "snakker ikke du, så snakker ikke jeg"- holdning hvor en sitter i stillhet en hel time.

Heldigvis fikk jeg en behandler, (Dag Raugstad, psykiatrisk sykepleier), som tillot meg å skrive. Han skjønte at jeg trengte pennen. I et helt år møtte jeg opp til timene med skrevne ord, hver eneste gang. Jeg møtte opp med notater som han leste der og da, og deretter stilte han meg spørsmål som jeg klarte å svare ja eller nei på. Mer enn det klarte jeg ikke på det tidspunktet. Men denne behandleren ga meg tid, og litt etter litt lærte jeg å si ordene som jeg

tidligere bare kunne formulere på papir. Det tok tid, og krevde nok stor tålmodighet fra min behandler. Jeg var også på det punktet så presset, at dersom det igjen hadde blitt krevd av meg å snakke, hadde jeg nok aldri kommet tilbake.

Jeg har gått i behandling i rundt seks år nå, og i løpet av disse årene har jeg har lært meg å fortelle med ord, å snakke. For en del år siden måtte jeg ha med meg erklæring fra psykolog om at jeg ikke klarte å ha foredrag/fremføring foran klassen på skolen. I dag holder jeg foredrag foran mange mennesker, og jeg kan fortsatt ikke begripe det når jeg tenker tilbake på hvordan jeg ikke var i stand til å snakke.

Jeg er i dag 27 år gammel. Jeg har bachelor i IT, men har vært ufør i et par år for å få tid til å fokusere på behandlingen og for å bli bedre. For tiden får jeg arbeidstrening som informasjonsmedarbeider i Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, og jeg holder foredrag og underviser både for lærere, helsesøstre og ved SUS psykiatrisk divisjon.

Mitt budskap til helsepersonell er: Om noen ikke er i stand til å snakke, så la dem fortelle gjennom skrevne ord. Gi dem en start, en forsiktig tilnærming, en mulighet til å åpne seg. Kommunikasjonen skal ikke bare gå gjennom skrevne ord, men det kan opprette en nødvendig start og etablere en trygghet som gjør det lettere å snakke.

Takk for at jeg fikk lov å skrive, når jeg ikke kunne snakke.



FÖRTROENDEVALDA
I PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN

STYRELSE

Ordförande
Richard Brodd
Oskarsgatan 4
414 63 Göteborg
031-24 00 23 b
031-343 82 18 a
0708-192732
richard.brodd@bredband.net

Vice ordf
Henrika Jormfeldt
Bråddared
310 38 Simlångsdalen
035-72016
070-3555543
henrika.jormfeldt@lthalland.se

Chefredaktör
Hans Bergman
hansbergman@telia.com

Medlemsansvarig
Ann Ingvarsson
Östersjövägen 282
295 91 Bromölla
044-12 91 05 arb
0456-261 14 hem
ann.ingvarsson@spray.se

IT-ansvarig
Helena Sergel
Tranebergsvägen 29
167 45 Bromma
08-587 312 03 a
helena.sergel@sll.se

Britt-Marie Lindgren
Laxgränd 15
904 34 Umeå
090-17 92 69 b
090-786 92 61 a
070-643 33 08
britt-marie.lindgren@nurs.umu.se

Sekreterare
Inger Johansson
Östra Storgatan 159
554 52 Jönköping
036 -712129
070-652 52 72
inger.johansson@his.se

Kassör
Sten-Ola Berdenius
Gyllenstengsgatan 13
416 74 Göteborg
031- 65 31 50 a
076-845 88 68
sten.ola.berdenius@vgregion.se

LOKALA REDAKTÖRER

Christina Reslegård
Silvanusvägen 37
831 55 Östersund
063-463 13 b
0640-166 37 a
christina.reslegard@jll.se

Mikael Nilsson
Nyens väg 26
432 53 Varberg
0340-48 13 93
mikael.nilsson@lthalland.se

VALBEREDNING
Samkallare
Rose-Marie Björklund
031 - 343 81 77 a
rose-marie.bjorklund@vgregion.se

Inga-Lisa Sigling
Karlavägen 41
186 46 Vallentuna.
08-511 720 32 tel+fax

Marie-Louise Wällberg
Mariehemsvägen 158
906 60 Umeå
Tlf bostad: 090-19 85 43
Tlf arbete: 090-785 65 67
marielouise.wallberg@vll.se

Elisabeth Iggström
G:a Tylösandsv. 131
305 91 Halmstad
035- 345 22 b
0430- 157 87 a
elisabeth.iggstrom@lthalland.se

REVISORER
Ordinarie
Ingemar Wänebring
Ulvhallavägen 8
564 36 Bankeryd
036-30 78 58 b
036-32 31 40 a
ingemar.wanebring@ltjkpg.se

Ordinarie
Muhammad Ullah
Sagögången 57
422 45 Hisingsbacka
031-343 22 10 a
031-52 65 70 b
muhammad.ullah@vgregion.se

Suppleant
Christina Reslegård

Suppleant
Ulf Rogberg



LPS styre 2010 – 2012

Valgt på Generalforsamlingen i Stavanger 2010

Navn	Tlf	Epost	Styrefunksjon	Fylkeskontakter
Kurt Lyngved	90553178	kurt.lyngved@gmail.com	Leder	
Unn E. Hammervold	90936740	unnhvold@online.no	Nestleder Web- medansvarlig	Rogaland Hordaland Sogn og fjordane
Morten Leivseth	95815880	mleivs@online.no	Bivrost/ WEB ansvarlig	Nordland Troms Finnmark Svalbard
Bjarte Sælevik	45452648	Bjarte.saelvik@lyse.net	Kasserer Økonomiansvarlig	Oppland Buskerud Oslo
Charlotte Walther	48209684	cwalth@online.no	Bivrost- medansvarlig	Hedemark Østfold Akershus Vestfold
Bodil Bakkan Nielsen	41687687	bodb@online.no	Medlemsansvarlig	Vest- og Aust Agder Telemark
Olav Bremnes	95784064	olav@ntebb.no	Sekretær	Nord- og Sør Trøndelag Møre og Romsdal



Bestyrelsen Formand

Karin Højen Johannesen
Ledende oversygeplejerske
Psykiatrien, Region Sjælland
Distrikt Roskilde
Smedegade 14
4000 Roskilde
Tlf.: 4732 7801, mobil: 2171 2143
E-mail: khjh@regionsjaelland.dk

Næstformand

Bente Pedersen
Ledende sygeplejerske
Regionspsykiatrien Silkeborg
Lokalpsykiatrisk Center
Papirfabrikken 38
8600 Silkeborg
Tlf.: 7789 6312, mobil: 5129 9018
E-mail: bentepde@rm.dk

Kasserer

Kitte Hay Jørgensen
Konsulent
Afdeling S
Århus Universitetshospital, Risskov
Skovagervej 2
8240 Risskov
Tlf.: 7789 2646
E-mail: kirjoerg@rm.dk

Repræsentant for Nordisk Samarbejde

Claus Hansen
Konsulent
Region Hovedstadens Psykiatri,
HR- og Kvalitets og udviklingsafdeling
Kristineberg 3,
2100 København Ø.
Tlf.: 4511 2044, mobil: 4036 6153
E-mail: claus.hansen@regionh.dk

Sekretær

Malene Mygind
Specialudd. Sygeplejerske og
klinisk vejleder
Tidligt Interventions Team
Birkelund 4C
6200 Åbenrå
Tlf.: 2899 4013
E-mail: mygind@dsr-medlem.dk

Bestyrelsesmedlem og ansvarlig for hjemmesiden

Lene Berring
Udviklingschef
Psykiatrisk Center Sct. Hans
Boserupvej 2
4000 Roskilde
Tlf.: 4633 4623
E-mail: lene.berring@regionh.dk

Bestyrelsesmedlem

Jette Christiansen
Udviklingssygeplejerske cand. scient. soc.
Psykiatrisk Sygehus Afdeling Syd
Mølleparkvej 10
9000 Aalborg
Tlf.: 9631 1659, mobil: 2280 1921
E-mail: jkc@rn.dk

Suppleanter

Suppleant
Rie Andersen
Psykiatrichef, viborg kommune
Nytovr 6
8800 Viborg
Tlf.: 3030 2784
E-mail: ra1@viborg.dk

Suppleant

Michael Pedersen
Udviklingschef, MPP
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
Nordre Ringvej 69
2600 Glostrup
Tlf.: 4323 3724, mobil: 2933 6827
E-mail: micped01@regionh.

The Myth of Mental Health Nursing

Myten om den psykiatriske sygepleje

Af: Lene Lauge Berring, Cand. Cur., Udviklingschef på Psykiatrisk Center Sankt Hans, Danmark.

Oplæg af Phil Barker, artist, psykoterapeut og professor på "the school of Medicine, Dentistry and Nursing, University of Dundee, Scotland.



Phil Barker og hans kone
Poppy Buchanan-Barker

"Mental Health Nursing er en myte, der reflekterer det, vi som psykiatriske sygeplejersker gerne vil. En ideologi der ikke har rod i virkeligheden. Sygeplejen afspejles ikke i mødet med patienterne. Psykiatriske sygeplejersker tror, de gør noget, de ikke gør".

Budskabet kommer fra Phil Barker - én af hovedtalerne på den Nordiske kongres for Psykiatriske Sygeplejersker. Formålet var at ruske op i de godt 300 psykiatriske sygeplejersker, der var samlet i Helsinki fra d. 8. – 10. september.

At bruge begrebet "Mental Health" er vigtigt for Phil Barker, fordi det har en bredere betydning end begrebet "psykiatrisk sygepleje". Psykiatrisk sygepleje henleder opmærksomheden på, at patienten har en sygdom, han skal helbredes for. "Mental Health Nursing" handler derimod om, at hjælpe personen (som i Phil Barkers terminologi ikke hedder patienten), til at håndtere sine problemer og dermed til at håndtere eget liv.

Hvad er "Mental Health Nursing", og hvordan praktiserer du det? Det spørgsmål havde

Phil Barker stillet 200 psykiatriske sygeplejersker, hvorefter tilbagemeldingen lød: "Det må jeg lige tænke over".

Hvordan rekrutterer man psykiatriske sygeplejersker, når man ikke engang kan definere psykiatrisk sygepleje? Vil man være sygeplejerske i psykiatrien, så skal man, ifølge Phil Barker, spørge sig selv, hvordan man gerne vil agere overfor personer, der har psykiske problemer. Videre argumenterer Barker for, at psykiatriske sygeplejersker skal definere den psykiatriske sygepleje. I så fald psykiatriske sygeplejersker ikke selv gør det, gør andre det, f.eks. økonomer, advarer han.

På nuværende tidspunkt defineres psykiatrisk sygepleje, ifølge Barker, af en historie. "En skamfuld historie", som han pointerer. En historie, der gør psykiatriske sygeplejersker til medløbere, der ikke stiller spørgsmål til de handlinger, som f.eks. lægerne delegerer. Psykiatriske sygeplejersker administrerer tvang og giver medicin, der skader patienten. Oven i købet på et uoplyst grundlag. Phil Barker mener ikke, at psykiatriske sygeplejersker tager deres ansvar, som personens (patientens) hjælper alvorligt. Psykiatriske sygeplejersker bidrager, når patienter misinformeres om medicinens virkninger og bivirkninger. I forlængelse af dette stiller han spørgsmålet: "Hvem vil modtage en behandling, hvor du risikerer at tage 30 kg på i vægt, dø af hjerte kar sygdomme, blive impotent, få det metaboliske syndrom...?". Barker vil i hvert fald ikke, og han mener at

"Psykiatriske sygeplejersker skal hjælpe personer med psykiske problemer til at finde en løsning på deres problemer (de skal ikke give dem flere problemer)."

den medicin, der skulle være en løsning, er blevet til problemet. Psykiatriske sygeplejersker skal hjælpe personer med psykiske problemer til at finde en løsning på deres problemer (de skal ikke give dem flere problemer).

Ikke fordi Phil Barker er imod medicinsk behandling, ECT eller tvang. Det skal blot ske på et oplyst grundlag, hvor personen kan vælge, hvad der passer ham eller hende bedst.

Barker mener, psykiatriske sygeplejersker skal definere sig selv ved at finde en positiv måde at hjælpe psykisk syge personer til at blive sunde på. Han argumenter for, at vi som psykiatriske sygeplejersker skal hjælpe mennesker med psykiske problemer til at leve med problemerne i stedet for at overkomme dem. Dette er netop konceptet ved recovery. Hvis man har en recovery tilgang fokuserer man i stedet på, hvad der skal til for at understøtte mennesket i at finde egne brugbare løsninger og få mennesket til at "keep on going". Vi skal søge efter menneskets egne erfaringer med at løse problemer på f.eks. ved at spørge: Hvad gør du for at holde dig ovenpå? Hvordan lever du? Hvad er vigtigt for dig? Livet er nemlig ikke et problem, der skal løses. Livet skal leves, og personen er altid ekspert i eget liv, som Barker udtrykte med metaforen: "Man skal være kaptajn på eget skib".

Hvis psykiatriske sygeplejersker skal findes deres berettigelse i forhold til at støtte personer i at få et godt liv, skal vi starte med os selv med et fokus på at hjælpe mennesker til at leve deres liv, ikke med fokus på sygdommen. Han mener sygeplejersker er alt for optagede af "curing" i stedet for "caring". Og som han slutter med at sige: "Der forventes kun humanitet og respekt, og jeg har kun sat ord på, hvad alle allerede ved, gør myten til en realitet, hvis du som psykiatrisk sygeplejerske er interesseret i at lade mennesker leve deres eget liv, så simpelt og dog så svært. Forandring begynder med dig selv". Kort sagt: Hvis sygeplejersker kan være med til at bringe ideologien ind i praksis, kan de hjælpe patienterne/ personerne med at håndtere deres problemer.



Interview med psykiatrisk sygeplejerske på Nordisk Konference i Helsinki

Tove Pihl Hjortgaard, psykiatrisk sygeplejerske og teamleder for OPUS teamet, Psykiatrisk Center Ballerup, Danmark.

Hvilke forventninger har du haft til konferencen her i Helsinki?

Jeg har haft mange. Dels har jeg haft forventninger om at få udvidet min viden om recovery, dels har jeg haft forventninger om at få noget nyt med hjem i vinklen af at anskue recovery. Jeg har en forventning om, at vi kan bruge den viden og de indlæg, vi hører, når vi kommer hjem som udgangspunkt for en videre drøftelse af, hvordan vi kan blive endnu bedre til at bruge recovery hos os selv. Vi er en stor gruppe sygeplejersker fra Psykiatrisk Center Ballerup afsted, der ikke arbejder tæt sammen til dagligt, men vi jo er kollegaer og har derfor stor glæde af at kende hinanden godt i hverdagen. Det vil sige den sociale del af en sådan konference er også vigtig og kan netop bruges til, at vi lærer hinanden bedre at kende, når der ikke er indlæg.

Hvad betyder sprogforskellene for dig?

At alle oplæg bliver holdt på engelsk skaber ikke nogen forvirring for mig. Jeg forstår godt, hvad de siger. At vi er fra mange forskellige lande betyder, at netværksdelen bliver svær. Fordi mange forskellige sprog er repræsenterede løber

man måske ikke lige ind i hinanden og networker. Men i og med at alle indlæggene holdes på engelsk, synes jeg ikke, at det skaber nogen vanskeligheder.

Har du fået ny viden om recovery?

Det synes jeg. Nu er konferencen jo ikke slut endnu, men jeg synes bestemt, at jeg har fået rigtig meget ny viden allerede nu. Om ikke andet er begrebet recovery i hvert kommet i fokus. Jeg har jo læst noget teori hjemmefra for at forberede mig på denne her konference, hvilket slet ikke var så tosset, fordi så får man terminologien ind og kigget på hvad det her begreb egentlig er for noget. Recovery er jo efterhånden brugt meget også i psykiatrisk sygepleje og beskrevet fra forskellige vinkler, så det har været svært at forstå, hvad det lige er. Men det er jo meget meget bredt, og jeg synes, at den viden, jeg har fået, har bekræftet mig i min opfattelse af den psykiatriske sygepleje. Vi bliver simpelthen nødt til at blive endnu bedre til at få patienterne i centrum, inddrage dem og få dem meget mere med i den måde, vi anskuer både vores behandling og vores sygepleje på. Det har jeg i hvert fald lyst til at tage med mig hjem her fra konferencen.

BEGRÄNSAD
EFTERSÄNDNING
Vid definitiv eftersändning
återsänds försändelsen
med nya adressen
tydligt påskrivnen



Du vet när du ser förbättring
hos din schizofrenipatient

Vi hjälper dig att uppnå det¹



Janssen-Cilag AB, Box 7073, SE-192 07 Sollentuna.
Tel 08-626 50 00. Fax 08-626 51 00. www.janssen-cilag.se

INVEGA®
INVEGA® (paliperidon depottablett) är ett antipsykotikum med ATC-kod N05AX13. INVEGA® är indicerat för behandling av schizofreni. Det är receptbelagt och ingår i läkemedelsförmånen.

INVEGA® doseras en gång om dagen och finns i följande styrkor och förpackningar:

Produkt	Styrka	Förpackning	Pris
INVEGA®	Depottabletter 3 mg	28 stk	1 015 kr
INVEGA®	Depottabletter 6 mg	28 stk	1 015 kr
INVEGA®	Depottabletter 9 mg	28 stk	1 015 kr

Körförmåga och användning av maskiner: Trafikvarning. INVEGA® kan ha mindre eller måttlig effekt på förmågan att framföra fordon och använda maskiner beroende på potentiella effekter på nervsystemet och synen. Patienter skall därför uppmanas att avstå från att framföra fordon eller använda maskiner tills deras individuella känslighet för INVEGA® är känd. Datum för översyn av produktresumén 2009-11-05. **För ytterligare information se www.fass.se**

Referenser: 1. INVEGA® Produktresumé.



När målet är bättre funktion¹