



LANDSGRUPPE AV PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE

BIVROST

Nr. 3 – 2009

Psyche

Nr. 4 – 2009



NORDISK TIDSSKRIFT

for

Psykiatriske sykepleiere/sjukskøterska

ÅRGANG 1 – 2009



LANDSGRUPPE AV PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE

BIVROST

MEDLEMSBLAD NR. 3 – 2008

ÅRGANG 19

LPS – Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere

Psykiatriske Riksföreningen

Ansvarlig er leder i LPS: Unn Hammervold,
unnhvold@online.no

Ansvarlig redaktør Sverige: Richard Brodd
Leder den svenske Psykiatriske Riksföreningen

Redaktør for 1-2009 Nordisk tidsskrift:
Bodil Bakkan Nielsen (Norge)

Redaksjonen har bestått av:
Mikael Nilsson (Sverige), Charlotte Schmith (Danmark) og Bodil Bakkan Nielsen (Norge)

Neste tidning av Psyche kommer: nr 5 v 51

Neste utgave av Bivrost kommer: 5. des. Frist: 20. nov.

E-post til Redaksjonen er: bodb@online.no
Norsk hjemmeside:
www.sykepleierforbundet.no/psykiatriskepleiere

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.

Trykk Norge: Østfold Trykkeri AS, Askim (2400 eksp.)

Trykk Sverige: Magnusson Rahm Design AB

INNHOOLD:

	side
Leder	3
Landsstyret og Riksföreningen informerer	4
	
Nytt fra lokallagene	6
Innspill til felles Nordisk tidsskrift psykiatriske sykepleiere	7
	
Nordisk enquête	8
Et godt bemötande – en grundförutsetning för psykiatrisk vård?	10
Sju kjensgjerninger om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid	14
	
Store krav til kontaktpersonens rolle	18
	
Skråblikk	22
	
Våldsamma möten	24
	
”Folk møter folk” – samarbeid med Russland	27
	
Samarbeidsprosjekt mellom Rogaland A-senter (RAS) og Stavanger universitetssykehus (SUS)	28
Bokanmeldelser	30
	



Lederen



Du håller nu i ett historiskt nummer av tidningen. Några av redaktionsmedlemmarna från Psyche och Bivrost har från en idé, som jag tror började när den norska och den svenska styrelsen träffade i Stockholm för ett par år sedan, utvecklat detta nummer. Diskussionser har även förts med Danmark och Finland. Det finns en tanke att ett nummer per år skall vara ett nordiskt nummer. Jag tycker det här är väldigt spännande och roligt och vill rikta ett särskilt tack till Bodil Bakkan Nielsen och Mikael Nilsson som har gjort detta nummer. Det skulle vara väldigt roligt att få höra vad ni som läser tidningen tycker och jag vill uppmana alla som har kommentarer att ni delar med er av dessa till någon av alla våra redaktörer.

Ni har säkert redan lagt märke till att det följer med en inbjudan till den 9e nordiska kongressen i Helsinki, Finland. Även detta är ett historiskt tillfälle. Många vet att vi sedan många år tillbaka har ett samarbete mellan de nordiska länderna via PSSN, Psykiatriska Sjuksköterskors Samarbete i Norden. Det som är på tiden och är oerhört viktigt är att Finland sedan ett par år också är med i detta samarbete. Det här medför en förändring som vi ansett vara nödvändig och det är på två områden. Den första handlar om att vi övergår till att hålla konferensspråket på engelska. Med detta vill jag ändå förtydliga att huvudsyftet är att det är en nordisk kongress med huvudsakliga innehåll från nordiska medverkanden. Det kommer också innebära att vi kommer att ha deltagare, föreläsare från Europa och resten av världen. För att det skall bli ett framgångsrikt event behöver vi er medverkan. Den andra förändringen vi har gjort är att vi vill bjuda in psykiatrisjuksköterskor att delta genom att presentera något för sina kolleger. Detta kan vara allt ifrån projekt i den kliniska vardagen, forskning, hålla en workshop, presentera en poster eller något annat du vill dela med dig till andra. Skicka en kort presentation, abstract. Mer information finns i foldern. Det är ett år kvar dit och jag hoppas att vi blir riktigt många som möts i Finland.

Här hemma i Göteborg ser jag idag sommarens kamp mot hösten. Solens strålar, men träden börjar släppa ifrån sig löven och färgerna ändras från grönt till gult. Kylan kommer krypande in på kvällarna. Normalt sett brukar jag känna det oerhört trist när sommaren är slut för jag tycker så mycket om den men i år känns det annorlunda. Ser fram emot hösten och naturens förändringar.

Önskar alla nordiska medlemmar och läsare en skön höst!

*Richard Brodd
Ordförande Psykiatriska Riksföreningen
Ordförande PSSN*

Som min svenske kollega kommenterer i sin leder, er dette nummeret av Bivrost et historisk blad. For første gang har representanter fra de nordiske faggruppene innen psykisk helse hatt et redaksjonelt samarbeid, all honnør til initiativtakerne til samarbeidet, Mikael Nilsson og Bodil Bakkan Nielsen!

Vi i LPS gleder oss til videre samarbeid og ser fram til framtidige nummer der vi kan få kunnskap om arbeid og utfordringer innen den psykiske heletjenesten på tvers av landegrensene. Styret i LPS hadde et samarbeidsmøte med det svenske styret i fjor, noe som viste oss at vi både har en del områder som vi har felles, men også ulikheter når det gjelder organisering og innhold både innen fagfeltet og innen organisasjonsarbeidet.

Det er imidlertid ikke bare denne utgaven av Bivrost som er historisk. I løpet av sommeren har Norsk Sykepleierforbund for første gang i historien vedtatt en plattform for organisasjonens arbeid med psykisk helse og rus. Spesialrådgiver Svein R.Olsen redegjør mer for dette på side 7. Vi er glade for at flere punkt fra handlingsplanen vår som ble vedtatt i 2007 videreføres i plattformen som gjelder fram til 2012.

LPS har særlig uttrykt bekymring for utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene etter at opptrappingsplanen ble avsluttet. Allerede nå får vi signaler om kutt i flere kommuner. Både Mental Helse og Helseidrettskontoret kartlegger økonomiske utviklingen innen dette feltet. LPS vil sammen med fagpolitisk avdeling i NSF følge utviklingen nøye, da vi vurderer en videre utvikling av det psykiske helsearbeidet i kommunene som en forutsetning for at tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser skal nå et forsvarlig og anstendig nivå.

Ellers er vi særlig fornøyde med at arbeidet med menneskerettigheter, tvang, brukermedvirkning og ikke minst at kunnskapsgrunnlaget innen fagfeltet er nevnt spesielt.

Det er en styrke å gå inn i de kommende årene med hele organisasjonen i ryggen på bakgrunn av landsmøtevedtaket og den nye plattformen.

Landstyret er avhengige av våre medlemmer i alle deler av helsetjenesten for å få virkelighetsbeskrivelser av det som foregår. Det ville også være spennende om vi etter hvert både i bladet og på WEB-sida fikk til debatt og erfaringsutveksling på tvers av landegrensene.

En fin høst ønskes dere alle!

*Stavanger 23.09.09
Unn Elisabeth Hammervold
Leder i LPS*



Landsstyret og Riksföreningen informerer

Styrelse

Ordförande

Richard Brodd
Oskarsgatan 4
414 63 Göteborg
Tlf bostad: 031-24 00 23
Tlf arbete: 031-343 82 18
richard.brodd@bredband.net

Vice Ordförande

Henrika Jormfeldt
Bråddared
310 38 Simlångsdalen
Tlf arbete: 035-720 16
Mobil: 070-355 55 43
henrika.jormfeldt@lthalland.se

Kassör

Ann-Cathrine Ahlén
Järnvägsgatan 1
73130 Köping
Mobil: 073-0262325
ann-cathrine.ahlen@ltv.se

Chefredaktör

Hans Bergman
hansbergman@telia.com

Redaktör

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

Medlemsansvarig

Ann Ingvarsson
Östersjövägen 282
295 91 Bromölla
Tlf bostad: 0456-261 14
Tlf arbete: 044-12 91 05
ann.e.ingvarsson@skane.se

Studieansvarig

Birgitta Persson
Takdroppsgatan 11
931 52 Skellefteå
Tlf bostad: 0910-39 871
Tlf arbete: 0910-58 57 14
birgitta.persson@nurs.umu.se

IT-ansvarig

Helena Lannefors
Tranebergsvägen 29
167 45 Bromma
Tlf arbete: 08-587 312 03
Mobil: 0763-494 794
helena.lannefors@sll.se

Psykiatriska Riksföreningens styrelsemöte

Höstens första styrelsemöte ägde rum i Vårdförbundets lokaler i Stockholm. Huvudstaden bjöd helgen till ära på ett strålande väder och trots föreningens sviktande medlemsantal och dåliga ekonomi kändes det positivt att jobba i styrelsen. Två viktiga punkter på styrelsemötet var föreningens ekonomi samt planering inför nästa årskonferens 2010. Olika åtgärder för att sänka föreningens kostnader har löpande genomförts, och ytterligare åtgärder diskuterades, t ex så kommer vår tidning Psyche att nästa år utkomma med fyra nummer, istället för som i år fem nummer.

Hur rekrytering av nya medlemmar skulle kunna gå till diskuterades också eftersom det skulle ge föreningen ökade intäkter. Alla medlemmar uppmanas till att värva nya medlemmar till Psykiatriska Riksföreningen. Det är många psykiatrisjuksköterskor runt om i landet som inte ens är medvetna om föreningens existens, vilket känns väldigt tråkigt.

Nästa årskonferens kommer att gå av stapeln i Göteborg i början av maj 2010. Temat för denna kommer att vara bemötande och patientsäkerhet. Något som är tillämpligt och ständigt aktuellt för alla psykiatrisjuksköterskor oavsett arbetsplats.

Vid pennan Helena Sergel

LANDSGRUPPEN STYRE valgt på Generalforsamlingen i Bergen 2007

- Leder:** Unn E. Hammervold, Bruvikveien 12 D, 4017 Stavanger
Tlf. 51 58 96 36 (prv) mob. 909 36 740
E-post: unnhvold@online.no
- Nestleder:** Karina Sebergesen, Hagaveien 33, 9007 Tromsø
Mobil: 979 71 949
E-post: karina58@start.no
- Styremedlem og kasserer:** Bent Åge Stenberg, Åsbygda, 6390 Vestnes
Tlf: 71 18 93 55 (prv) 71 18 91 30 (arb)
E-post: bentstenberg@yahoo.no
- Styremedlem og redaktør i Bivrost:** Bodil Bakkan Nielsen, Kanesletta 7, 4550 Farsund
Tlf: 38 39 04 96/416 87 687 (prv) 38 17 68 80 (arb)
E-post: bodb@online.no
Jobb: bni@fmva.no
- Styremedlem og sekretær:** Anne-Lill Haabeth, Bøkfjordveien 17, 9900 Kirkenes
Tlf: 78 99 35 05 (p) mob. 951 68 972. 78 97 76 48 (a)
E-post: annelillaabeth@hotmail.com
- Styremedlem og medlemsansvarlig:** Charlotte Walther, Atriumsveien 32,
1639 Gamle Fredrikstad
Tlf 69 35 33 05. mob. 482 09 684
E-post: cwalther@online.no
- Styremedlem:** Kurt Lyngved, 8196 Selsøyvik
Mobil: 905 53 178
E-post: kurt.lyngved@gmail.com



Redaksjonen: Charlotte, Bodil och Mikael.

Början

2007 började dom första tankarna på att göra en gemensam upplaga av våra respektive tidningar för psykiatrisjuksköterskor. Psyche från Sverige, Bivrost från Norge och Tidskrift för psykiatriske sygeplejersker som utges i Danmark.

Planerna tog form vid ett möte i Fredrikshavn i februari i år då redaktörerna från dom tre länderna träffades och beslutade sig för att fullfölja projektet.

Nu blir det Bivrost och Psyche som som förenar sig i detta första gemensamma/felles nr. Danmark har

valt att vänta med sitt deltagande till 2010. Men dom bidrar bland annat med en artikel samt i en intervju.

Vi i den här nordiska redaktionen hoppas våra läsare kommer att uppskatta det här initiativet och att vi kan fortsätta framöver och göra en tidning tillsammans varje år.

Vi vill uppnå en större insikt i varandras yrkesliv. Få våra läsare att ta del av hur utvecklingen yttrar sig i sina grannländer. I denna tidning har vi ställt några frågor till en psykiatrisjuksköterska/ sygeplejer från dom tre länderna för att belysa dom olika förhållande, arbetsvillkor, möjligheter och villkor som råder. I kommande gemensamma nummer har vi ambitionen att fortsätta med jämförelser av psykiatrisygeplejer/sjuksköterskor.

Sammarbetet kommer också att bestå utav att vi publicerar artiklar från varandras respektive tidningar i dom "vanliga nummren" som kan vara av intresse ur ett nordiskt perspektiv.

Det finns också möjlighet att titta in på dom olika landsföreningarnas hemsida.

Här kommer adressen. Först den norska www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere den svenska www.psykriks.se och slutligen den danska som ni hittar på följande www.dsr.dk/fs11

Bodil, Charlotte och Mikael



PRF

Psykiska
Riksföreningen

**Bli medlem
2009**

Medlemsavgiften för 2009 är 325,-,
är du pensionär eller studerande är priset reducerat till 200,-.
I medlemsavgiften ingår 6 nr. av Tidskriften PSYCHE.
Beloppet sätts in på PRF:s BankGiro konto 5118-1592
(Var noga med att fylla i ditt namn, adress och personnummer,
samma gäller om du väljer att betala via din internetbank.)

Skicka talongen till:
Ann Ingvarsson, Östersjövägen 282, 295 91 Bromölla

Vid frågor ring:
Medlemsansvarig Ann Ingvarsson, Tel: 070-600 02 99, e-post: ann.ingvarsson@spray.se

Besök vår hemsida: www.psykriks.se

Jag vill bli medlem i Psykiatriska Riksföreningen 2009

Medlemspris: 325,- Jag är pensionär/studerande: 200,-

Namn:Personnummer:

Adress:

E-mail:



Landsstyret og lokalgruppene informerer:

Vi har i dag 18 av 19 lokalgrupper. Akershus er fortsatt uten eget lokallag og landsstyret håper at medlemmer som har lyst til å danne ett interimstyre tar kontakt med styremedlem Charlotte Walther.

Nytt fra Vest-Agder

Lokalgruppa avholdt styremøte 26.08. med 7 vara/medlemmer tilstede. Etterpå tok 4 av oss en liten "tur på byen" – det skal jo være litt sosialt også! Anne B. Thorup og Grete B. Skjebstad refererte fra sin deltakelse på Landsmøtet, som førte til en engasjert diskusjon om hvordan vi best kan ivareta vår særegne fagkunnskap og funksjon som psykiatriske sykepleiere. Medlemsvervingen har medført 3 nye medlemmer (oss bekjent), hvordan kan vi nå frem til flere? Vi jobber med å få til et felles seminar med Aust-Agder, og har invitert Anna Luisse Kirkengen til 03.12. Hun har forsket på hvordan krenkede barn blir syke som voksne. Men nå har det kommet oss for øre at SSHF ikke innvilger flere kurs for de ansatte i år, og at vi dermed bør utsette seminaret til over nyttår. Det ville være synd om ikke flest mulig kunne få gleden av å høre henne. Hvis seminaret utsettes, vil vi arrangere vårt vanlige halvdags juleseminar i stedet. Dere får nærmere beskjed...

Hilsen Margareth

Melding fra Hordaland

NSF LPS Hordaland arrangerte 9.september et medlemsmøte i samarbeid med flere NSF HTV-områder. Vi holdt møte på Høgskolen i Bergens lokaler. Tema for kvelden var sosial rettferdighet. Kan visjonen om det rettferdige samfunnet bli en realitet? Foreleser var Kjell Underlid, professor, psykiologspesialist og forfatter av boka "Sosial rettferd. Fattigdom og rikdom i det moderne Norge?". Dessverre var det få fremmøtte for å sette fokus på dette viktige politiske grunntemaet. Vi som var der fikk 2 timer med refleksjon, diskusjon og provokasjon. En rik kveld. Styret i NSF LPS Hordaland er for tiden ikke fulltallig grunnet sykdom og andre prioriteringer.

Styret minner om at all informasjon om medlemsmøter og styrets aktiviteter kun sendes utvia mail og legges ut på NSF /LPS sine sider. www.sykeleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere Kom med innspill til styret om tema, møteplasser, kandidater til styreverv etc. Send mail til aaber-tel@frisurf.no

LPS i Aust Agder!

Høsten er her og sommeren gikk fort, bortsett fra 2 flotte uker i juni ble det vel ikke den store drømmesommeren, men vi har fine høstdager nå. Valget er over og Norge fortsetter med samord-

ningsreform og rødgrønn profil. Vi merket oss at alle landets partier nå vil gjøre noe med likelønn, i alle fall sa de det i NSF sin kampanje før valgdagen.

I forbindelse med at hovedtillitsvalgte og Fylkestyret i Aust Agder var på hovedkontoret i Oslo uttalte forhandlingssjefen at vi aldri har vært så nær som nå; håp i sikte?

Lokalgruppa her i Aust Agder står som initiativtagere til Forum for Psykisk Helse, Rus og Avhengighet i Aust Agder. Engasjerte fagfolk fra ulike etater med ulik fagbakgrunn og pårørende/brukere deltar. Hensikten er å spre interesse, engasjement og kunnskap om psykisk helse og avhengighetsproblematikk her i fylket. Vårt første arrangement var ett debattmøte med deltakere fra 8 parti uka før valget. Tema var levekår i Aust Agder og innleder var folkehelserådgiver hos Fylkeslegen Anne Kari Thomassen. Vi annonserte det som valgkampens viktigste tema!

Vi håper på å sette aktuelle tema på dagsorden, tanken er å skape en åpen arena der alle kan delta. Lokalgruppa skal også ha temakveld 08.10 kl 19.00 på Kokkeplassen som tidligere var en privat psykiatrisk institusjon i fylket. Førsteamanuensis Inger Beate Larsen ved UiA skal snakke om sin doktoravhandling i psykisk helsearbeid: "Det sitter i veggene..." Det blir også en et kort historisk tilbakeblikk ved Anders J W Andersen, førstelektor ved UiA.

Ellers bevertning og vi håper mange kan komme! Påmelding til undertegnede.

Vi har også ett dagsseminar på trappene med tittelen : "Krenkede barn- syke voksne". Nærmere invitasjon vil komme!

Med dette ønsker vi alle en fin LPS høst og til lykke med den nordiske utgaven av medlemsbladet!

*For styret Eli Jorid Sveipe
Tlf 48284450*

Nytt fra Møre & Romsdal

Høsten kom tidlig i år til nordvestlandet, sommeren gikk som en røyk – en del dårlig vær var det også, "men vi skal sees igjen til neste år". Da er det godt å kunne tenke tilbake på noe flotte dager i Tromsø med midnattssol og –messe, joik, mange gamle og nye hyggelige LPS venner og masse godt faglig påfyll.

LPS Møre & Romsdal jobber ufortrødent videre. Til uken samles styret til første møte i høst. Planen er å arrangere vårt tradisjonelle julemøte torsdag 3. desember. Innhold og sted er ikke bestemt. Vi oppfordrer våre medlemmer til å komme med innspill, kanskje noen har noe de vil formilde, kanskje noen vil ha besøk? Ta kontakt! Vi har nå nesten alle mail-adressene til våre medlemmer. Listen kan brukes til å kommunisere med styret og med hverandre.

Se også hilsen fra Rogaland på side 9.

Innspill til felles Nordisk tidsskrift psykiatriske sykepleiere

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har vedtatt en Plattform for psykisk helse og rus. Arbeidet med plattformen startet etter at Landsgruppen for psykiatriske sykepleiere (LPS) i Norge tok saken opp på Landsmøtet til NSF høsten 2007. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av LPS, Landsgruppen av helsesøstre, Faggruppen for geriatri og demens, representant fra NSF Oslo sitt rus-nettverk og representanter fra politisk og faglig ledelse. I tillegg har det kommet inn en rekke innspill i fra andre faggrupper, fylkeskontor og medlemmer. Plattformen ble vedtatt av Forbundsstyret i juni 2009 og skal være styrende for NSF's videre arbeid og engasjement frem til 2012.

Plattformen gir en beskrivelse av utfordringer, satsingsområder og mål innen psykisk helse og rus. NSF tar sikte på å styrke kunnskapsgrunnlaget og bidra til å sikre kompetansen med tanke på fremtidige behov for sykepleie innen disse områdene. Plattformen er ment å være retningsgivende for NSF, samtidig som den adresserer forventninger til myndigheter og arbeidsgivere. Plattformen skal blant annet bidra til at NSF samordner og prioriterer sin virksomhet, gjennom å innarbeide plattformens mål i aktuelle handlingsplaner. Plattformen er forankret i landsmøte, prinsippprogram og overordnede strategier, herunder innsatsområdene:

- Utdanning, fag, kunnskap og kompetanse
- Bemanning og kvalitet
- Ledelse og organisering

Plattformen er relatert til utfordringer innen pasientmedvirkning, menneskerettigheter, tvang, samhandling, kompetanse og tjenesteutvikling innen særskilte satsingsområder. Sykepleiere møter pasienter som er utsatt for eller risikerer å utvikle psykisk helsesvikt og/eller rusmiddelavhengighet. Barn, unge, voksne og eldre som i ulik grad og varighet trenger sykepleie og bistand til å mestre tilværelsen. Sykepleiens særegne funksjon er å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov.

NSF vil gjennom sin satsning på psykisk helse og rus bidra til at sykepleiere innehar kunnskap og kompetanse som møter pasientenes sammensatte behov for helsehjelp. I samarbeid med pasienter, pårørende og andre aktører vil NSF bidra til å fremme helse hos mennesker i alle aldre gjennom ulike faser i livet. Det er spesielt viktig å sikre utviklingen av en helhetlig sykepleiefaglig kompetanse hvor forebygging og behandling av somatisk og psykisk helsesvikt er integrert både i tenkning og handling. Innenfor rusbehandling og psykisk helsearbeid er det viktig å tydeliggjøre sykepleiens helseperspektiv og vår kompetanse i det tverrfaglig samarbeidet.

*Svein R. Olsen
Spesialrådgiver psykisk helse og rus
Norsk Sykepleierforbund*

Svenska Dikter

Höstens sista blomma

Jag är höstens sista blomma.

*Jag blev vaggad uti sommarens vagg,
jag blev ställd på vakt mot nordens vind,
röda flammor slogo ut
på min vita kind.*

Jag är höstens sista blomma.

*Jag är den döda vårens yngsta frö,
det är så lätt att som den sista dö;
jag har sett sjön så sagolik och blå,
jag hört den döda sommarens hjärta slå,
min kalk bär intet annat frö än dödens.*

Jag är höstens sista blomma.

*Jag har sett höstens djupa stjärnevärldar,
jag skådat ljus från fjärran varma härdar,
det är så lätt att följa samma väg,
jag skall stänga dödens portar.
Jag är höstens sista blomma.*

*Dikt av Edith Irene Södergran,
född 4 april 1892, död 24 juni 1923,
var en finlandssvensk poet.*

Nordisk enquête

Nordens Psykiatriske Sykepleieres redaksjon har spørt en sykepleier i hvert land:

Spørsmålene:

- 1- Hva er det som gjør at du valgte å jobbe som psykiatrisk sykepleier?
- 2- Hvordan opplever du dine arbeidsvilkår? Trives du med ditt yrkesvalg?
- 3- Synes du at din lønn er i samsvar med ditt ansvar som psykiatrisk sykepleier
Grunnlønn / tillegg
- 4- Hvordan er din mulighet til å videreutdanne deg innen psykisk helsearbeid?



Anette Jernberg, Sverige
svarer:

1. Under grundutbildningen till sjuksköterska praktiserade jag på en affektiv enhet på en allmänpsykiatrisk mottagning. Det var min första kontakt med psykiatri och intresset väcktes. Som nyutexaminerad sjuksköterska jobbade jag inledningsvis på en kirurgavdelningen men sökte mig senare till psykiatri då det utannonserades vikariat där. Jag jobbade växelvis på en allmänpsykiatrisk avdelning och en psykos avdelning. Jag kom till slut att bli fastanställd på psykosavdelningen och fick då möjlighet att gå specialistutbildning inom psykiatri. Jag tvekade inte en sekund, jag visste redan att det var inom denna genre jag vill jobba. Det är alltså många tillfälligheter och faktorer som samverkat till att jag valt att jobba som psykiatrisjuksköterska.

2. Arbetsvillkoren har jag egentligen inte så mycket att invända mot, åtminstone inte de som kommer från närmaste chefen. Däremot kan jag uppleva rollen som mellanhand mellan patient och läkare som frustrerande. Den rollen kan innebära frustrationen oavsett om man jobbar inom psykiatri, kirurgi eller något annat, men inom just psykiatri känns den än mer frustrerande eftersom verksamheten styrs så mycket utifrån juridik i och med la-

gen om psykiatrisk tvångsvård. Det går mycket tid åt att informera och förklara i situationer där besked inväntas utifrån att patienter framfört önskemål. Samtidigt är det varierande arbetet just det som är utmaningen och det som gör att jag inte en gång har ångrat mitt yrkesval. Jag ser tvärtom stora möjligheter att utvecklas i min yrkesroll.

3. Jag tycker att alla sjuksköterskor oavsett specialitet över lag har dålig lön i förhållande till det ansvaret yrket innebär. När det gäller just psykiatrisjuksköterskor anser jag att lönerna skulle vara högre och stå i proportion till det arbete man utför, de myckna beslut man hela tiden tar, de aktiva ställningstaganden man fortlöpande gör i hur man ska gå vidare med en situation etc.

4. Jag skulle vilja säga att jag har goda möjligheter att vidareutbilda mig inom psykiatri, kanske inte när det gäller längre utbildningar men kurser och kortare utbildningar som kan läsas upptill arbetet.



Svar fra Irene Gudmundsen
Distriktssygeplejerske
Arbejds mobil 22 72 69 02
irene.gudmundsen@rn.dk

1. Jeg har valgt at arbejde med mennesker med psykiske lidelser, fordi det er en stor udfordring. Et grundigt arbejde, hvor jeg lærer patienten godt at kende over længere tid og hvor der ikke i det første møde med patienten ligger nogen regelret facitliste til, hvordan målet, som er psykisk, fysisk, socialt velvære for patienten, opnås.

2. Jeg har en hverdag, hvor mine kvalifikationer som sygeplejerske stemmer overens med de krav der stilles fra ledelsen. Jeg arbejder i et tværfagligt team, hvor jeg frit kan indhente den viden og opbakning til mit arbejde jeg har brug for, til at løse mine opgaver. Jeg er usigelig glad for mit arbejde, glæder mig til at komme på job, hver dag.

3. Jeg sidder i en specialfunktion som sygeplejerske, opnår derved en del tillæg og mener at min løn er okay.

4. Min ledelse er god til at motivere mig til videreuddannelse. Ud over specialuddannelsen som psykiatrisk sygeplejerske, har jeg en 1. årrig uddannelse i kognitive behandlingsformer, mener jeg får de kurser jeg beder om!



Svar fra Torgeir Lind, Norge:

Spørsmål 1:

Jeg har alltid vært opptatt av og nysgjerrig på mennesker, både som individ og i relasjon til andre. Jeg har alltid vært en lytter og har funnet det spennende. Hva som motiverer mennesker, hva som drar mennesker i en bestemt retning har alltid fascinert meg. Samtidig er jeg en praktiker som liker at ting blir gjort, at det er fremdrift. Hadde i mine tidlige år en tanke om å bli psykolog, begynte faktisk på grunnfag psykologi, men likte meg ikke på universitetet. Så ble det noen flere år med jobb og tenking rundt "hva jeg skulle bli når jeg ble stor". Valgte til slutt sykepleierutdanning med mål om videreutdanning i psykisk helsearbeid. Og slik ble det! Er glad for at det ble som det ble, tror ikke jeg hadde trives i den individualterapeutrollen som psykologer som oftest har. Jeg er sosialt anlagt og liker å jobbe i team.

Spørsmål 2:

Jeg synes arbeidsvilkårene i min nåværende jobb er gode. Jeg føler at jeg blir hørt på mine meninger og har en reell påvirkningskraft. Jeg er fornøyd med det valget jeg har tatt, føler jeg har mange muligheter med dette yrkesvalget.

Spørsmål 3:

Jeg er relativt fornøyd med min nåværende lønn. Grunnlønnen for min del er bra, jeg ligger nok noe over andre med tilsvarende utdanning og ansiennitet. Mener likevel at kompensasjonen for ubekvem arbeidstid er for dårlig. Dersom man ønsker at kompetente mennesker skal jobbe kvelder, netter og helger må de kompenseres for dette.

Spørsmål 4:

Jeg jobber for tiden på et sted der utdanning og kompetanseheving er i fokus. Der det er mulig tilrettelegges det for at ansatte kan ta videreutdanning. Jeg jobber ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS) der sykepleiergruppen har et svært høyt utdanningsnivå. Dette er inspirerende i forhold til egen kompetanseheving. Kanskje jeg etter hvert vil gå i gang med en masterutdanning!

Landskonferansen i Rogaland 2010

LPS Rogaland er i gang med å planlegge Landskonferansen 2010 som skal avholdes 2-4. juni på Stavanger Forum. Temaet blir "Samhandling på Kryss og tvers".

Temaet skal ses som et faglig blikk på samhandlingsreformen som ble offentliggjort for en stund siden, og den skal også ses i relasjon til opptrappingsplanperioden for psykisk helse som sluttet med utgangen av 2008.

Vi gleder oss til videre å presentere endelig innhold og tanker.

Symbol for konferansen blir skulpturen "Sverd i fjell" av Frits Røed som står i Stavanger på en smuk pynt med utsikt over Hafrsfjord. Skulpturen er et minne om slaget ved Hafrsfjord i år 872 hvor Harald hårfager samlet Norge i et rike. De tre sverd symboliserer dels fred, enhet og frihet. Dels er det tredje sverd – som er større enn de to andre – et symbol på Harald Hårfager's seir over de andre småkonger. Vi har valgt å la det største sverd være symbol på Brukeren som skal bli den seirende part i utvikling av psykisk helse og brukervedvirkning i Norge.



I Stavanger-regionen har der vært oppmerksomhet på mangel på boliger til mennesker med psykiske lidelser. Der er etablert betydelig mange boliger men oppgaven er ikke løst ennå. De store kommuner mangler ennå å stille med boliger til mange som venter. De offisielle tall er relativt store – i tillegg kan man frykte at der også eksisterer mørketall som omhandler mennesker som forsøker å leve en tålelig tilværelse i selvstendige boliger men som kan trenge et høyere omsorgsnivå.

Utbygging av BUPA og DPS i Stavanger området er ikke ferdig

Bare noen små biter i en status over opptrappingsplanen – planen som skulle ha endret dette i løpet av 10-årsperioden som nu er gått. Mye er blitt veldig, veldig bra. Men altså: vi er ikke i hus ennå.

Som motvekt til det som ikke er på plass ennå må vi naturligvis være samhandlingseffektive.

Slik jeg har talt med kolleger rundt om i fylket høres det ut som om der plettvis er god samhandlingspraksis. Der er for eksempel oppstått en samhandlingsenhet på Sandnes DPS hvor både kommune og DPS samarbeider om å hjelpe brukere ut i egnede boliger i kommunen. Også omkring Hauge og Egersund er der beretninger om god samhandlingspraksis. Og slik bør det være over alt. Til Landskonferansen 2010 er vi på jakt etter eksempler på god samhandling som kan være rollemodeller for gode løsninger.

Med vennlig hilsen

Peter Hee A.

Lokalgruppeleder, LPS Rogaland

Et gott bemötande - en grundförutsetning för psykiatrisk vård?

Ved Gill Croona

Det finns en bemötandeproblematik

Som alla känner till har det under senare år uppmärksammats brister när det gäller bemötandet av dem som söker vård i vårt land – så också inom psykiatrisk vård. Detta är brister som berört allt ifrån

Gill Croona:

Med anledning av den nya lagen om öppen psykiatrisk tvångsvård bedrevs under hösten 2008 en gemensam utbildningssatsning av Varbergs, Falkenbergs och Kungsbackas kommuner och Psykiatrin i norra Halland. Satsningen handlade om att lägga grunden för en gemensam värdegrund då lagen medför krav på ett tätare samarbete mellan olika vårdgivare. Till detta arbete kontaktades fil.dr. Gill Croona som till vardags jobbar med värdegrundspedagogik vid Institutionen för pedagogik / Växjö universitet. De 150 deltagarna som var med under utbildningsdagarna tyckte att dagarna var givande och att de hade fått nya perspektiv och att utbildningen hade fungerat som ett startskott för fördjupad samverkan - inte minst för att det alltid är givande att få mötas och dela erfarenheter om intressanta aspekter av sitt arbete. Det som Gill Croona lyfte fram och som upplevdes som nytt var språkets betydelse för bemötandet och det som hon kallar bemötandekulturen / klimatet inom verksamheter. Med anledning av det bad jag Gill att skriva ner de tankar som låg till grund för hennes utbildningsinsats - för att sprida budskapet till många fler.

Mikael Nilsson, Psykiatrin i Halland

nonchalans till allvarliga kränkningar och övergrepp. Ingen har väl glömt inslaget om "nedläggning" i Uppdrag granskning på svensk TV i vintras?

I media har problematiken ofta härletts till avsaknad av medmänsklighet och engagemang från vårdgivarnas sida samt att pressade arbetsförhållanden bidrar till brister i bemötandet. Antagligen kan det ligga något i båda förklaringarna, men det finns också andra sätt att förstå bemötandeproblematiken och vad man kan göra åt den. Ett sätt är att betrakta bemötandet som en fråga om etik och moral. Etik när det gäller vad det är för kunskap som krävs och moral i bemärkelsen de konkreta handlingarna, vilket inte bara innebär det man *gör* utan också det man *säger*. Det är detta denna artikel kommer att handla om.

Att motivera, stötta, hjälpa, rehabilitera och vårda innebär ofrånkomligen att göra intrång i andras liv och detta ställer krav på ett etiskt bemötande. Man kan säga att bemötandet är ett professionellt handlingsutrymme och att det är i det mellanmänskliga mötet som etiken visar sitt ansikte.

Den danske filosofen Knud Egil Løgstrup (1989) uttrycker bemötandets betydelse enligt följande:

En människa kan aldrig komma i beröring med en annan människa utan att det på något sätt påverkar den andras liv. Det kan handla om något så obetydligt som ett kortvarigt stämningsläge, att väcka känslor. Men det kan också innebära något oerhört betydelsefullt, så att den andres liv faktiskt vilar i den enskildes hand.

Visst är det tänkvärt att alla mellanmänskliga möten inverkar på dem som möts. Det kan vara så lite som

Center för Kognitiv Psykoterapi och Utbildning

Developing Minds

Specialistutbildning i

KOGNITIV SUICIDPREVENTION

Forskare inspirerade av **kognitiv psykoterapi** har kommit långt på väg mot en **psykologisk modell av suicidalitetens framväxt och skiftningar**.

Syftet med utbildningen är att föra ut ny forskning i **klinisk praxis**.

När: 25-27 november 2009, 11-12 februari 2010 samt en uppföljningsdag hösten 2010

Var: I centrala Göteborg

Anmälan: senast 7 november

Utbildningsledare: Professor Jan Beskow

Info@cognitivterapi.se · www.cognitivterapi.se



Gill Croona.

att väcka en liten känsla, positiv eller negativ. Det låter inte så märkvärdigt, men om den lilla känslan upprepas dag efter dag då förstår man hur det inverkar på en människas syn på sig själv och andra. Men som Lögstrup säger kan möten vara livsavgörande. Denna tanke brukar kännas särskilt bekant för personer som verkar inom just psykiatrisk vård där bemötandet kan vara det som ligger till grund för en lyckad behandlingsallians lika väl som det kan leda till ödesdigra missförstånd och tragedier.

Till saken hör att i de professionella relationerna finns en maktobalans som grundar sig i att professionella har kunskap och inflytande som de vårdsökande inte har. Detta är ett faktum inom all hälso- och sjukvård men blir alldeles påtaglig inom psykiatrisk vård. De professionella relationernas asymmetri är ett faktum som inte bör förnekas utan tvärtom måste beaktas och hanteras på bästa sätt. Till saken hör också att människor som befinner sig i ett maktmässigt underläge ofta blir extra känsliga för just bemötandet och ofta tolkar de professionellas ord och handlingar på negativa sätt. Trots att människor i professionella relationer inte är jämbördiga beträffande kunskap och inflytande så är det viktigt att poängtera att vi alla har samma människovärde vilket innebär att vi måste sträva mot att förverkliga jämlikhet i mellanmännsliga relationer oavsett vårdsituation. Tänkvärt är också att asymmetriska relationer är behäftade med en större risk för kränkande bemötande än vad symmetriska relationer är (Croona, Jenner, 2001).

Bemötandets etik – vad handlar det om?

Vad är det då som ett gott professionellt bemötande

i vården handlar om? Vad anser patienter vara viktigt när det gäller bemötandet? Vad är bra? Vad är dåligt? I min avhandling *Etik & Utmaning* (Croona, 2003) definierade jag det goda bemötandet i vården på följande sätt:

Det goda bemötandet i vården kännetecknas av att vårdpersonal möter människor på ett sätt som värnar om deras integritet och autonomi och svarar mot det behov av förståelse och trygghet som uppstår i kontakt med vården. Dessutom framstår förväntningarna om tid och delaktighet, tillsammans med önskemål om glädje, som aspekter som inte kan förbises.

Av detta framgår tydligt att ett gott professionellt bemötande handlar om så mycket mer än vanlig artighet och trevlighet – det som krävs är en medveten etisk värdegrund. Det man då kan fråga sig är: Vad är det för värden som ligger till grund för att värna om andras integritet och autonomi? Vad är det som bidrar till upplevelser av förståelse, trygghet, tid, delaktighet och glädje hos dem som söker vård. Med en fördjupad analys går det att förstå att alla dessa aspekter av det goda bemötandet grundar sig i två olika etiska värden som båda värnar om den mänskliga värdigheten; de två värdena är *omsorg och respekt*.

Att visa omsorg handlar om att förverkliga det etiska värdet omsorg genom att bry sig om, engagera sig och vilja hjälpa. Det handlar också om att skydda, skyla och ibland ta över bestämmandet för den andres bästa.

Att visa respekt handlar om att förverkliga social rättvisa genom att respektera andra, försöka förstå

andra och nå samförstånd genom att låta människor komma till tals, bli lyssnade på, få vara delaktiga och ha inflytande i sina egna liv.

Omsorg och respekt kan i sina ytterligheter ses som på kollisionkurs med varandra. För mycket omsorg leder till ett förtryck av den andres autonomi och för mycket respekt leder till ett övergivande av den andre. Det är just därför som balansen mellan dessa värden är så viktig. Trots olikheterna är det, enligt min mening, möjligt att sammanföra och benämna dem med ett och samma begrepp nämligen solidaritet. Solidaritet kan alltså i praktiken handla om att bemöta människor på ett sätt som värnar om deras värdighet genom att se till både deras sårbarhet och utsatthet. Detta kan man göra genom att visa omsorg och respekt som innebär att inte överge och inte förtrycka. Med balans mellan omsorg och respekt menar jag inte något 50/50-förhållande utan ett medvetet avvägande från situation till situation. Beroende på situation måste man ibland visa mer omsorg och tvingas sätta respekten i andra hand exempelvis när man ger tvångsinjektioner eller hindrar någon att skada sig själv. I andra situationer är det respekten som måste sättas i första rummet och omsorgen i det andra: ett exempel är när man måste öppna dörren för att låta en person med missbruksproblem gå ut för "att ta sig" ett återfall. Det som det handlar om är att vara medveten vad det är för balansgång man går och när det blir fel så kan man förstå vad det var som blev fel, trots att man menade så väl.

Att människor blir kränkta av elakhet, våld, orättvissor mm. kan vem som helst förstå men det som kan vara svårare är att förstå vad som blev fel när man menade väl. Det är i sådana situationer som det kan vara till hjälp att förstå balansgången mellan omsorg och respekt och hur fel det kan bli om man låter det tippa över åt ena eller andra sidan utan genomtänkt grund.

Språkets betydelse för bemötandet

När vi möter varandra och kommunicerar så är det flera faktorer som är betydelsefulla. En av dem är språket. När vi möts så handlar det oftast om att vi talar till varandra och i detta är språket, ord och ordval en oerhört viktig faktor. Olika sätt att tala *med* och *om* människor kommunicerar olika kunskap och värden och utgör en stor och väsentlig del av bemötandet. Man kan se det som att alla möten inverkar på alla parter och att det inte finns några 'tomma möten'. Är det inte det ena så är det andra som kommuniceras oavsett om vi vill eller inte. Språket utgör också en väsentlig del av det som man kan kalla bemötandekulturen/ bemötandeklimatet inom verksamheter. Det som alla känner av och som ofta får epitetet att det "sitter i väggarna" sitter enligt min mening inte alls i väggarna utan vilar i det vedertagna sättet att språkligt bemöta varandra inom verksamheten. För att beskriva språkkommunikation och visa att den inte bara handlar om kommunikation mellan två människor utan också inbegriper kul-

tur och samhälle, kan man använda sig av begreppet diskurs. Olika sätt att tala, det man kan benämna diskurser, dominerar inom olika verksamheter och kan i i förlängningen påverka vad man säger, tycker, tänker, handlar (Chouliaraki & Fairclough, 1999, Winther Jørgensen & Philips, 2000). Att vara uppmärksam på språkbruket inom sin egen (och andras) verksamhet innebär att skaffa sig "öron känsliga för språk" och om man dessutom är övertygad om att språkbruket inverkar på bemötandekulturen/klimatet så har man med diskursbegreppet fått ett redskap att förstå och påverka sin verksamhet. I mitt avhandlingsarbete intresserade jag mig för hur personal inom vården talade om det goda bemötandet – vad det innebar, hur man gjorde, vad som verkade stimulerande alternativt hindrande för goda möten mm. Resultatet visade att det inom olika vårdformer talades om det goda bemötandet på sex olika sätt. Jag tolkade det som att det var sex olika diskurser som med sina olika värden påverkade uppfattningarna om det goda bemötandet, och därmed också bemötandekulturen.

De sex diskurserna benämnde jag:

den effektivitetsinriktade diskursen, vilken innebär att man talar om gott bemötande i termer av att det handlar om att spara tid, pengar och svara upp mot effektivitetskrav

den expertisinriktade diskursen, vilken innebär att man talar om bibehållandet av kunskapsmakt och hierarkiska strukturer i termer av att läkare vet mer än sjuksköterskor och sjuksköterskor mer än skötare och alla mer än patienterna – så har det varit och så måste det förbli

den omsorgsinriktade diskursen, som handlar om att "bry sig om", engagera sig, vilja hjälpa, ta ansvar och i särskilda situationer till och med ta över

den kommunikativt inriktade diskursen, som handlar om att respektera patienter som fullvärdiga människor som kan och bör inbjudas till delaktighet i de processer som rör den egna kroppen och det egna livet

den egocentriska diskursen som handlar om att vårdpersonal ser det goda bemötandet som ett sätt att nå egen bekräftelse och /eller att i visa en överdriven respekt för patienternas autonomi genom att avsäga sig allt professionellt ansvar

den etnocentriska diskursen handlar om att framhålla en särskiljande inställning till människor med annan etnicitet och andra generationer

Genom att begrunda de olika diskurserna och tänka sig in i hur bemötandekulturen blir inom olika verksamheter när den ena eller andra diskursen tillåts dominera så kan man förstå hur språkbruket ligger till grund för bemötandekulturen/klimatet. Man kan fråga sig hur blir det inom verksamheten om exempelvis den expertisinriktade diskursen tillåts dominera? Här finns det all anledning att tro att man inte jobbar i tvärprofessionella team, att man inte inbjuder patienter och anhöriga till delaktighet i vården, att man inte visar respekt för patienters valfrihet så långt det är möjligt mm. Hur blir det om den omsorgsinriktade diskursen tillåts dominera? Här

finns risken att omsorgen blir omhuldande, kvävande och kränkande. Hur blir det om den kommunikativa diskursen tillåts dominera? Kanske leder en överdriven respekt för den andres valfrihet till ett bemötande som uppfattas som likgiltigt och övergivande mm. Det intressanta med en förståelse för språkbrukets betydelse och hur det påverkar våra verksamheter är också att man förstår hur man själv med sitt språk kan påverka, utmana och grundlägga olika värden. Det blir tydligt att man med sitt sätt att tala med och om människor kan påverka bemötandekulturen/klimatet. Detta gäller alla och alldeles särskilt personer i ledande positioner. Chefer och ledare lägger ribbor för språkbruk och därmed också för det goda bemötandets möjligheter.

I min avhandling, med diskurserna för ögonen, så blickade jag tillbaka till definitionen av det goda bemötandet och kunde då se hur vissa diskurser var bättre än andra. Genom att se till aspekterna integritet, autonomi, förståelse, trygghet, tid, delaktighet och glädje och jämföra dem med de sex diskurserna så menar jag att två diskurser underbygger goda möten medan fyra undergräver detsamma. De som underbygger är den omsorgsinriktade och den kommunikativt inriktade diskursen. Därmed inte sagt att de andra fyra är helt av ondo. Det är möjligt att alla behövs i en fungerande organisation, men när det gäller just bemötandet är det de värden som svarar upp mot de vårdsökande förväntningar på goda möten som måste dominera. Därför finns det all anledning att värna om den omsorgsinriktade och den kommunikativt inriktade diskursen och utmana de andra i den mån de existerar inom den verksamhet inom vilken man verkar. Här ligger en stor möjlighet att åstadkomma en god bemötandekultur och därmed en förutsättning för goda möten i sitt arbete.

Hur ska då detta förverkligas? Som en konsekvens av en tilltro till språket så måste en sådan utmaning och kompetensutveckling ske språkligt, främst genom samtal. Vi måste våga prata med varandra om bemötande och andra etiska frågor. Vi måste påminna oss om att vi inte är ensamma utan kan och måste tala med varandra. För detta måste det finnas goda förutsättningar och ett utvecklingsinriktat klimat och tid. Man kan säga att samtalet är både etikens och pedagogikens främsta redskap och det är alltså genom att tala med varandra, dela erfarenheter, lyssna och få komma till tals som vi lär något om etik.

Att gemensamt utveckla bemötandetikerna sker både genom att vi talar och berättar och delar erfarenheter på ett vardagligt sätt men också genom särskilda samtalsforum där bemötandet och andra etiska frågor sätts på agendan. Genom att dela erfarenheter om bemötande så skaffar vi oss ett panorama av erfarenheter som gör oss bättre rustade för goda möten än vad som är möjligt att skaffa på egen hand. Att utgå från sig själv och det bemötande man själv vill ha räcker ingenstans – särskilt inte i vårt mångkulturella samhälle.

Att argumentera och utmana varandra i samtal och diskussioner är att engagera sig, ta ansvar och visa respekt för varandras åsikter. Det är ett sätt att praktisera solidaritet i arbetsgrupper. Genom att tala, lyssna, berätta, fråga, svara, samtala, samråda, diskutera, argumentera och försöka nå samförståelse om kunskap och värden förverkligas solidaritet. Dessutom blir innehållet meningsfullt, kritiskt genomlyst, utmanande och lärande.

Genom ömsesidiga, respektfulla, omsorgsfulla och samförståndsriktade samtal om bemötande och andra etiska problem lärs etik på ett reflekterat sätt. Etik lärs av etik. Något annat sätt finns inte.

Avslutningsvis menar jag att bemötandetikerna också har en politisk aspekt som innebär att alla måste utveckla goda argument, styrka och mod att kräva villkor som tillåter den etik vi tror på. Det som krävs är att kompetenta människor som argumenterar för vad som är viktigt också blir lyssnade på. Att inte få framföra sina argument, att inte bli lyssnad på, att inte få en möjlighet att påverka innebär att inte bli betraktad och bemött på ett värdigt och bekräftande sätt. Med tilltro till så kallade parallellprocesser så kan ett sådant bemötande ge upphov till känslor av kränkning och uppgivenhet som i sin tur riskerar att inverka på bemötandet av dem som söker vår professionella hjälp.

Referenser

- Chouliaraki, L., Fairclough, N. (1999) *Discourse in Late Modernity – Rethinking critical discourse analysis*. Edinburgh: University Press.
- Croona, G. (2003) *Etik & Utmaning. Om lärande av bemötande i professionsutbildning*. Växjö: Växjö university press
- Croona, G. Jenner, H. (2001) Om makt och jämlikhet i professionella relationer. *Tidskrift för Socialpedagogik* (7).
- Lögstrup, K. E. (1989) *Den etiske fordring*. Köpenhamn: Gyldendal.
- Winther Jørgensen, A., Phillips, L. (2000) *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Vi oppfordrer alle medlemmer om å komme med innspill til temaer/saker som kan være interessante å ta opp i tidsskriftet.

Kontakt Red.

mikael.nilsson@lthalland.se
bodb@online.no



Sju kjensgjerninger om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid

Av Olav Elvemo
Spesialrådgiver, Rådet for psykisk helse.
olav.elvemo@psykiskhelse.no

Rådet for psykisk helse har nylig avsluttet Kvalitetsutviklingsprosjektet (KUP). I fire år har vi jobbet for å få oversikt over hva som skaper god kvalitet i tjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Vi har snakket med brukerne, vi har medvirket i tjenesteutvikling, vi har sett på forskningsresultater, og vi har diskutert tjenestetilbudet. Dette arbeidet har vi oppsummert i sju kjensgjerninger, som vi mener må til for å gjøre psykiske helsetjenester gode.

Prosjektet har, med støtte fra Helsedirektoratet, hatt som mål å utfordre, påvirke og skape debatt om tjenestene til mennesker med psykiske lidelser. KUP-prosjektet har vakt interesse og aksept både blant brukere, pårørende og ansatte fra store deler av feltet.

KUP ble innledet gjennom arbeidet med å beskrive psykisk helsefeltet for voksne i et gjennomført brukerperspektiv i rapporten "Stykkevis og delt. Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid" (Rådet for psykisk helse 2003/2004). Med utgangspunkt i brukernes ønsker og behov har vi prøvd å skape et kvalitativt bedre tjenestetilbud hovedsakelig ved å arbeide for mer brukermedvirkning, sammenheng i hjelpen og hjelp på brukerens egne arenaer.

Prosjektet har hatt fokus på strukturer, kulturer, holdninger og måten vi velger å organisere tjenestene på. Vi har stimulert til lokalt endrings- og utviklingsarbeid både gjennom å gi støtte til lokale prosjekter og ved å skape lokale møteplasser med brukere, pårørende og tjenesteapparatet. Holdningsarbeid er vektlagt både i fagfeltet og i forhold til utdanningene.

Prosjektet har vært viktig for å samle og spre og implementere ny kunnskap. I tillegg har det vært en nær dialog og påvirkning av sentrale helsemyndigheter i forhold til KUPs målsettinger.

For å gjøre erfaringene fra prosjektet tydelige og lett tilgjengelig har vi valgt å oppsummere de viktigste funnene som syv kjensgjerninger om gode psykiske helsetjenester.

Vi trenger tjenestenettverk, ikke tjenestekjeder

Vi har erfart at hvis de ulike tjenestene til en og samme person ikke henger godt nok sammen, så



Olav Elvemo, psykiatrisk sykepleier.

svekkes effekten av tilbudet. Brukerne som trenger sammensatte tjenester, må derfor oppleve at de ulike tiltakene fungerer som et godt nettverk.

Veien til bedring for den som har fått en psykisk lidelse, kan være lang og kronglete. Den kan ofte by på omveier og involvere veldig mange mennesker. Hver for seg kan både kommune, fastlege, Distriktpsykiatriske sentrene (DPS) og spesialisthelsetjenesten gjøre en god og viktig jobb, men i overgangene mellom de ulike nivåene svekkes styrken i mye godt helsearbeid.

Tjenester for mennesker med psykiske lidelser har langt på vei vært organisert etter symptomintensitet. Det betyr at det er symptomene et menneske har, som bestemmer hvilke tiltak som skal settes inn, og på hvilket nivå tiltaket skal gjennomføres. Denne tankegangen merkes særlig for mennesker som har behov for mange ulike tiltak over lang tid. De kan bli flyttet mellom institusjoner og tjenester fordi symptomene deres endrer seg. Hvis kommunen har ansvar for tiltak når symptomene er mindre alvorlige, mens spesialisthelsetjenesten overtar når symptomene forsterker seg blir oppmerksomheten rettet mot hvordan situasjonen arter seg akkurat nå. Helhetsperspektivet forsvinner lett, og i mange tilfeller lider brukerne under at de forskjellige nivåene vurderer situasjonen forskjellig. Oppstykkede tjenester og mange grenseflater gir gode vekstvilkår for ansvarsfraskrivelse. Er det noen

mening i at brukeren skal gå glipp av gode samarbeidsløsninger fordi tjenestene ikke blir enige om hvilket budsjett pengene skal tas fra? Og hvorfor skal mennesker i svært vanskelige situasjoner utstyres med en rekvisisjon og beskjed om å finne den beste behandleren selv? Ansvaret for å finne de beste løsningene bør ligge hos hjelpeapparatet, ikke hos den som trenger hjelp. Mennesker fratas både mot og motivasjon når ingen har overblikket over situasjonen de er i.

Det vi trenger nå, er spesialister på sammenheng. Noen som ser hele bildet. Vi trenger mennesker med spisskompetanse på å arbeide sammen med brukeren, på å spille på lag med andre og mobilisere nærmiljøet, og på å koordinere ut fra individuelle behov og ressurser. Disse spesialistene kan vi få når vi prøver ut nye samarbeidsløsninger og tenker nytt om gamle arbeidsmåter.

Det en bruker kan, må tjenestene ikke gå glipp av

Brukernes erfaringer og kunnskap må brukes enda mer aktivt i tjenestetilbudet. Selvtilstrekkelige fagfolk vil gå glipp av avgjørende informasjon som kan gjøre tjenestene bedre.

Hvilke tiltak og tjenester som gjør folk friskere, kan variere veldig. Passiv tilpassing til helsepersonellens anbefalinger er derfor et dårlig alternativ. Opplegg som stimulerer deltagelse i beslutninger om egen situasjon og påvirkning av viktige områder kan bidra til mer makt over eget liv. Vi trenger brukernes kunnskap fordi tjenestene er til for brukernes skyld, og retten og støtten til selvbestemmelse og egenverd er en del av det grunnfjellet helsetjenesten bygger på. På tross av dette forteller mange at de ikke er deltakere, bare mottakere. De blir ikke spurt om hvilke erfaringer de har med ulike medisiner eller tiltak, men får det presentert som en ferdig løsning. Vi har fått høre alt for mange historier om dette. Til tross for at Opptappingsplanen for psykisk helse har brukermedvirkning som et sentralt mål, preges psykisk helsefeltet enda av troen på at fagfolkene alltid vet best.

På den annen side hører vi også om gode behandlere som dyrker samarbeid, selvstendighet, selvbestemmelse og som jobber sammen med brukeren og finner veien i fellesskap.

Vi trenger skreddersøm og valgfrihet

Psykisk helsearbeid er ingen eksakt vitenskap, det finnes få løsninger som er riktige uansett. Gode løsninger er sjelden hylleware. Det går ikke an å ta en rask titt på symptomene og så plukke ned tjenester som har vist seg effektiv før.

Behandleren skal bidra med sin faglige erfaring og kompetanse og ta hensyn til at hver enkelt bruker selv sitter inne med kunnskap og erfaring som kan hjelpe behandleren til å finne de beste løsningene. Brukere kjenner ofte igjen gode tjenester på at de er tilpasset akkurat dem.

Behandling skjer ikke i et vakuum og hvis hjelpen i liten grad forholder seg til det som skjer ellers i

brukerens liv, blir behandlingen mindre relevant. Og jo mer brukeren selv vet om dette samspillet, jo lettere er det å ta gode valg om egen livssituasjon. I dette skjæringspunktet finnes den individtilpassede behandlingen mange etterlyser.

Er ikke dette selvsagt? Jo, men dessverre viser det seg at mange opplever å få presentert løsninger som ikke er tilpasset deres situasjon. En av de tingene KUP-prosjektet har lært oss er derfor at skreddersøm og valgfrihet må bli helt selvsagte trekk ved alle tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

Vi lever i hverdagen og må få hjelp i hverdagen

Psykisk helse handler ikke om å slippe fri fra hverdagen, men om å lære seg å leve midt i den. Det er kortsiktig hjelp om man kan sitte på en sykehusavdeling og føle seg ok hvis det ikke vil vare når du kommer hjem. En virkelig effektiv hjelp må derfor ta utgangspunkt i det livet folk faktisk lever. Jo tettere på hverdagen et tiltak er, og jo sterkere familie og venner involveres, jo større er sjansene for varig bedring. Psykiske lidelser egner seg dårlig til å eksporteres til en arena man ikke kjenner. Gode tjenester er i bevegelse og følger brukerne. Derfor må vi sende fagfolkene inn i folks hverdag og endre tjenestene slik det langt oftere er tjenestene som skal komme til brukere og ikke er brukeren som må komme til tjenestene.

Kommunen er det nærmeste administrative nivået for hver og en av oss, og det gjøres mye viktig psykisk helsearbeid i kommunene i dag. Fastleger og ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid driver utstrakt omsorgsvirksomhet, rehabilitering, hjelp i bolig og tiltak for en meningsfylt hverdag. Dette er flott og må videreføres, men dette er ofte ikke tilstrekkelig for å sikre sammenheng og helhetlige tilbud.

Rådet for psykisk helse nedsatte i desember 2006 et bredt sammensatt utvalg for å gi svar på spørsmålet: "Hvordan kan vi lage et tjenestetilbud som fungerer slik at mennesker med psykiske lidelser får hjelp når de trenger det, der de trenger det og nettopp slik de trenger det?" I rapporten "Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena" (Rådet for psykisk helse 2008). anbefaler de at store deler av de tjenestene som i dag er plassert i spesialisthelsetjenesten, slås sammen med det kommunale psykiske helsearbeidet. Dette er tjenester som de fleste steder i landet ytes ved de DPS. Dagens vanligste DPS-funksjoner og kommunalt psykiske helsearbeid skal til sammen utgjøre morgendagens lokalbaserte psykiske helsearbeid

Dette utfordrer de tradisjonelle måtene å organisere psykisk helsefeltet på, det utfordrer vår forståelse av hva som er god hjelp, det utfordrer kunnskapsgrunnlaget og tradisjonell profesjonstenking, og ikke minst utfordrer det kulturer, holdninger og maktforhold på psykisk helsefeltet i dag.

Gode tjenester trenger sjelden tvang

I KUP-prosjektet har vi vært opptatt av å finne årsakene til hvorfor er det så store sosiale og geografis-

ke forskjeller på bruk av tvang. Vi har besøkt noen av stedene der tvang sjeldnere blir nødvendig, for å se hvordan de jobber, og om lave tvangstill medfører andre ulemper. Erfaringen er at i disse områdene legger psykisk helsevern og særlig DPS-ene vekt på å sikre at mennesker ikke faller mellom to stoler i overgangen mellom kommunal hjelp og DPS. Stedene virker opptatt av å gi langsiktig hjelp som kan bidra til bedring på lang sikt, og et av resultatene ser ut til å være at tvang sjeldnere blir nødvendig. Dette ser det ut til å være enklest å få til i områder som ikke har så sterke asyltradisjoner for psykisk helsevern.

Tvangsinnleggelse er ofte et resultat av at hjelpen ikke er der når den virkelig behøves. Tjenester som settes inn tidlig nok og oppleves relevant for brukeren, reduserer tvangsbruk. Brukere som har tillit til at tjenestene er gode for dem, vil velge behandling frivillig. Dermed minsker behovet for tvangsinnleggelse betydelig.

Rådet for psykisk helse har møtt for mange som forteller om frustrerende forsøk på å få hjelp før situasjonen topper seg. Men dersom tiltakene organiseres etter hvor sterke symptomene er, vil mange falle igjennom dersom de ringer sykehuset "for tidlig". "Du er ikke syk nok til å bli lagt inn nå", får mange høre. Også kommuneansatte som jobber der brukerne bor, opplever å bli overprøvd når de melder fra til spesialisthelsetjenesten om at noen er blitt dårligere. Deres vurderinger blir heller ikke tatt hensyn til.

Behandlingsmiljøer som legger for lite vekt på brukermedvirkning, har for dårlig sammenheng mellom tjenestene og for stor avstand til brukernes faktiske hverdag, vil oftere måtte ty til tvang. Fleksibilitet og tilgjengelighet er altså viktige prinsipper for å unngå tvangsinnleggelse. Det kan være så enkelt som at ledelsen i psykisk helsevern har en mobiltelefon som fastlegen alltid kan nå dem på. Dermed blir det mulig å finne løsninger umiddelbart når noen kommer til legen i en vanskelig situasjon.

Ansatte brukere hever kvaliteten

Hvorfor er ikke tjenestene til mennesker med psykisk lidelse gode nok? Hva er det som svikter? Dette kan fagfolk og administratorer på et tjenestested mene mye kvalifisert om, men hvis de skal komme enda nærmere kjernen av disse spørsmålene, må de spørre brukerne. Ved å ansette en person med brukererfaring vil de få tilgang til denne informasjonen på sine egne arenaer. Når en ansatt med brukererfaring er med på behandlingsmøtene, på fagsamlingene og i planarbeidet, vil brukerperspektivet bli integrert på en naturlig måte.

En ting er den erfaringen og kompetansen den brukeransatte sitter med selv, en annen ting er at han eller hun vil ha gode muligheter for en annen kontakt med de andre brukerne enn det andre fagfolk har. De kan letter sette seg inn i brukernes sted og snakke med brukerne om deres situasjon på en annen måte enn øvrige personale og de bidrar til å gi brukerne håp ved å fungere som rolle-

modeller på at bedring er mulig. Brukeransettelser utfyller fagkunnskap og behandlererfaring og tilfører fagfeltet viktig kunnskap – erfaringskunnskap.

Rådet for psykisk helse (2008) har i rapporten "Med livet som kompetanse" oppsummert de relativt få erfaringer som vi har med brukeransettelser i Norge og internasjonalt. Erfaringene er overveiende gode og viser at brukere kan gjøre en god og nyttig innsats i psykisk helsefeltet. Psykisk helsefeltet bør derfor nyttegjøre seg denne erfaringskompetansen på lik linje med faglig kompetanse. Å ansette brukere vil heve kvaliteten.

7. Utdanningen må følge utviklingen

De siste ti årene har det vært stor bevegelse på fagfeltet. Store prosesser har vært i gang for å sikre at tjenestene i større grad enn før er med på å fremme menneskers uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

Rådet for psykisk helse har undersøkt om videreutdanningen i psykisk helsearbeid, spesialiseringen til psykolog og spesialiseringen til psykiater er en god forberedelse på den virkeligheten studentene faktisk skal ut i. Resultatet er oppsummert i rapporten "Utdanning til morgondagens praksis? (Rådet for psykisk helse 2007). Vidareutdanning i psykisk helsearbeid og spesialiseringar til psykolog og psykiater i lys av utvalde statlege føringar" og viser at det undervises lite om brukermedvirkning og individtilpassede tjenester.

Utdanningene manglet oppdaterte styringsdokumenter og det var også svært få studieplaner som tok for seg tverrfaglig samhandling mellom ulike behandlingsnivåer og forvaltningsnivåer. Spesielt var spesialiseringsutdanningene til psykolog og psykiater lite fleksible i forhold til å ta opp i seg brukernes forslag til bedre tjenester. Praksiskravene til disse utdanningene tar dessuten utgangspunkt i et tjenestetilbud bestående av akutt døgnbehandling, døgnbasert rehabilitering og poliklinikk som tilbyr langvarig psykoterapi. Praksiserfaring i lokalbaserte tjenester, ambulante team osv. er ikke meritterende for spesialistutdanningen. Det betyr i klartekst at den ikke blir verdsatt som viktig praksis. Den praksis som fremmer Opptrappingsplanens verdier er altså ikke den praksis som premieres som meritterende for spesialister.

Hvis det blir gårdagens praksis som legger føringer for utdanningene frykter vi at studenter ikke forberedes på den virkeligheten de faktisk skal ut i. Derfor må staten være seg sitt ansvar bevisst og påse at spesialiseringens ordningene virkelig gir kompetanse i brukermedvirkning, i tverrfaglig samarbeid, i kontekstnære arbeidsmetoder og i utvikling av individuelt tilpassede behandlingstilbud.

Hvordan har vi kommet frem til disse kjensgjerningene?

Vårt viktigste verktøy i KUP-prosjektet har vært brukernes kunnskaper og erfaringer. Brukernes øyne har gitt oss nye kunnskaper om utfordringene for

god hjelp. Vi har skapt lokale møteplasser der brukere, pårørende og tjenesteapparatet har kommet sammen for å utveksle erfaringer og diskutere endring. KUPs møteplasser har først og fremst handlet om sammenheng og helhet. Hva skal til for å skape et godt og helhetlig tilbud lokalt? Hvilke gode eksempler kan vi lære av? Gode formidlere med brukererfaring, og gruppeoppgaver som har stimulert nye ideer og dialog, har gitt brukervurderingene en betydelig plass i opplegget. Vi har i tillegg støttet en rekke prosjekter som på ulike måter har testet ut nye tanker og prinsipper i praksis. Og vi har hatt en tett dialog med myndighetene om hvordan erfaringene fra KUP skal implementeres sentralt.

Rådet for psykisk helse ønsker å bidra til bedre psy-

kisk helsehjelp i Norge og KUP har vært et viktig prosjekt for å oppnå dette. På <http://www.psykiskhelse.no/kup> kan du lese mer om prosjektet, de sju kjensgjerninger og andre forslag til utvikling av lokalbasert psykisk helsearbeid forankret i brukernes opplevelser og behov.

Referanser:

- Rådet for psykisk helse, 2003/2004: "Stykkevis og delt. Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid" Rapport.
- Rådet for psykisk helse, 2007: "Utdanning til morgondagens praksis? Vidareutdanning i psykisk helsearbeid og spesialiseringar til psykolog og psykiater i lys av utvalde statlege føringar." Rapport.
- Rådet for psykisk helse, 2008: "Med livet som kompetanse" Brukeansettelser i psykiske helsejenester. Rapport.
- Rådet for psykisk helse, 2008: «Spesialisthelse-tjeneste på brukerens arena». Rapport.

Ta kontakt med oss:

Vi ønsker enda mer aktive medlemmer som melder saker som de er opptatt av inn til både lokalgrupper og til oss i landstyret. Vi er avhengige av dere medlemmer for å få tatt pulsen på den psykiske helsetjenesten både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Hilsen Landsstyret ved leder Unn Hammervold
unnhvold@online.no



100 ÅR
100 ÅR
100 ÅR
100 ÅR

FÖLJ MED EN 100-ÅRING IN I FRAMTIDEN

Välkommen till Lust & Kunskap – Sjuksköterskedagarna 2010 i Stockholm och Svensk sjuksköterskeförings Julkonferens i Stockholms Stadshus 11–12 mars 2010.

Lust & Kunskap - Sjuksköterskedagarna bjuder på de senaste rönerna från omvårdnadsforskning och utvecklingsarbete i världens vardag. Konferensen ser in i framtiden. Men vi har också en 100-årig historia att se tillbaka på vilket vi fröjer genom att införa jubileumsåret med storslagen berket i Stadshuset.

Arbetet deltagare på Lust & Kunskap är begränsat till 1 300 och på Stadshuset till 1 000 personer. Skicka ditt anmälningsformulär till anm@lust.se.

Hämta program, anmälningsblankett och information på www.seksurf.se

LUST & KUNSKAP
SUKSKÖTERSKEGADAGARNA 2010

Ny bok Britt Helen Hauka og John H. Starnes

BARNAS TIME

En temafokuseret barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer

INFO om boka, se side 31

Store krav til kontaktpersonens rolle

- Af Charlotte Schmidt, sygeplejerske og Jørgen Bendsen, sygeplejerske.
- Denne artikel er tidligere sendt i "Sygeplejersken" blad nr. 10/2007
<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=15245>

Nogen går over åen efter vand. Andre finder en kilde lige i nærheden. Antagelsen er, at det virker temmelig fjollet at gå over åen efter vand. Men sådan er det ikke med kontakten til psykiatriske patienter. Nogle patienter magter den direkte kontakt til personalet. Andre skal have mere tid og rum. De skal kontaktes via en omvej.

Skærmning anvendes i stigende grad på de psykiatriske afdelinger. Men hvad er kernen i skærmning, hvilke kvalifikationer og kompetencer kræver det af personalet?

Krav til kontaktpersonernes kvalifikationer og kompetencer skal være meget høje. Det kræver specialviden med fokus på det relationelle og kommunikative, som er centrale elementer i skærmning. Kan og vil kontaktpersonen gå over åen efter vand?

Nøglebegreber skal defineres

Skærmning som metode i den psykiatriske behandling er ikke veldefineret, forstået på den måde, at man finder forskellige fortolkninger af begrebet alt efter hvilket psykiatrisk sygehus, man arbejder på. Skærmning i psykiatrien kan defineres således: "Psykiatrisk skærmning er en intensiv interventionsmetode, der praktiseres i en relation." (1) Metoden bygger på et frivillighedsprincip, der har til formål at støtte, vejlede og aflede patienten, inden tvang bliver nødvendig.

Der er i Region Nord samarbejdet (Nordjyllands-, Århus-, Ringkøbing- og Viborg amt) enighed om, at skærmning indeholder tre elementer: omsorg, ansvarsovertagelse og kompensation. Hvert enkelt af disse elementer er defineret, som følger:

Omsorg bygger på ligeværdighed og respekt for patienten samt på mindste middelprincippet, det vil sige princippet om at vælge den mindst indgribende intervention først. Målet er egenomsorg. Ansvarsovertagelse betyder, at man i mere eller mindre grad overtager det ansvar, patienten normalt ville tage for sig selv, hvis vedkommende ikke selv kan, magter eller evner dette. Målet er autonomi.

Kompensation indebærer hjælp til patienten i forhold til ikke-intakte jeg funktioner. Målet er, at det ikke længere er nødvendigt at kompensere.



Charlotte Schmidt.



Jørgen Bendsen.

De tre centrale elementer vurderes løbende og kan kun understøttes i en tæt relation mellem patienten og den enkelte kontaktperson.

I forbindelse med skærmning af den svært psykotiske patient, der ikke magter autonomi, er der tale om genuin paternalisme, såfremt personalet handler på patientens vegne og med dennes accept. (2) Hvis personalet er nødt til at handle mod patientens vilje for at undgå, at patienten er til fare for sig selv eller andre, er der tale om tvang i henhold til lovgivningen (3).

Grænsen mellem skærmning og tvang

Kontaktpersonen befinder sig nu og da i situationer, hvor der er behov for at handle på patientens vegne, men hvor det afhænger af patientens accept eller ikke accept heraf, om interventionen må opfattes som paternalistisk omsorg eller tvang.

Ud over disse problemer er iværksættelse og praktisering af skærmning ikke reguleret i den nuværende lovgivning.

Skærmning kræver som behandlings- og plejetilbud informeret samtykke, da det ellers er en tvangsforanstaltning, der er reguleret af lovgivningen. Denne kan iværksættes uden patientens umiddelbare samtykke (4). Virkeligheden i de psykiatriske afsnit er imidlertid, at der mellem det informerede samtykke og de lovgivningsmæssige tvangsforanstaltninger er en gråzone, hvor det på grund af patientens psykiske tilstand (f.eks. ambivalens) kan være uklart for patienten og kontaktpersonen, om der er givet det helt nødvendige informerede samtykke.

Denne ikke specielt veldefinerede tilstand kræver kontaktpersoner, der har en høj etik og er kendt med de værdier og holdninger, der er vedtaget i af-

snittet eller på sygehuset. Det fordrer velkvalificerede kontaktpersoner, der kan vurdere patientens tilstand samt beskrive og reflektere over sine overvejelser i et åbent og trygt arbejdsmiljø. Patienten befinder sig i et retsløst vakuum.

Skærmning af patienten i et psykiatrisk afsnit er langt fra en eksakt videnskab, og dertil kommer, at der er meget lidt forskning på området.

Kontakt mellem patient og kontaktperson

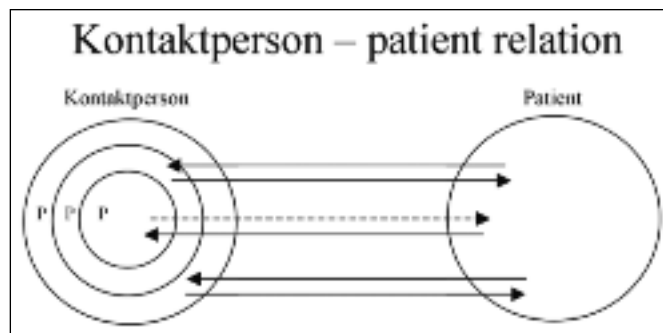
I Region Nord samarbejdets vejledning om skærmning (1) er en relation defineret som kontakt mellem patient og kontaktperson. Dvs. kontaktpersonens vurdering af behov for nærhed og afstand til patienten i forhold til dennes ønsker, tilstand og sikkerhed. Det hedder endvidere, at relationen skal kunne bære konflikter, da patienten kan have opsøret en betydelig mængde vrede og angst. Vejledningen indeholder ikke yderligere information om eller anvisning på, hvordan denne relation opbygges, vedligeholdes og afvikles. Relationen er dog et helt centralt begreb i skærmning. Det kræver derfor en præcis beskrivelse af, hvad der konkret er i spil, samt, i naturlig forlængelse heraf, en diskussion af de krav, der stilles til det personale, der skal varetage skærmningen.

Relationer er alment menneskelige. Vi kan ikke overleve uden relationer. Vi påvirker og påvirkes. Den psykiatriske patient med skærmningsbehov har ikke evnen til at etablere sociale kontakter og er kendetegnet ved at have en meget diffus eller måske direkte afvisning overfor etablering af en relation. En relation til et andet menneske forbindes med smerte for patienten, pga. angst for at miste relationen igen. Angsten giver sig til kende i form af paranoia, mistro, vrede, opgivelse eller lignende. At etablere en relation under sådanne forudsætninger kræver højt specialiserede kommunikationsværktøjer, hvor man professionelt er i stand til at analysere og håndtere mekanismerne i relationen samt patientens forsvarsmekanismer. Patientens forsvar bearbejdes, uden at patienten mister grebet om sig selv. Personalet stiller alternativer op, der kompenserer for tabet af forsvaret. Denne kompensation eksternaliseres ved at vise patienten tillid, være nærværende, skabe struktur og forudsigelighed og sætte grænser.

Personalet skal kunne bruge sig selv

For at sætte disse værdier i spil kræves specialiseret viden om overføring og modoverføring i den interpersonelle relation. Men grundlaget for at kunne anvende denne viden kræver personale, der kan bruge sig selv aktivt i relationen. Se figur 1.

Figuren illustrerer relationen mellem patient og personale (5). Personalet til venstre indeholder tre p'er. Inderste lag er det private, det midterste lag det personlige og yderste lag er det professionelle. Patienten er illustreret til højre. Pilene indikerer det, der foregår i relationen. Det professionelle og personlige er omdrejningspunktet i det relationelle



Figur 1. Relationen mellem patient og kontaktperson. Læservejledning: De tre P'er ved kontaktpersonen henviser til dennes hhv. private, personlige og professionelle sfære. Patienten henvender i kontakten til kontaktpersonens tre sfærer. Den professionelle relation er kendetegnet ved, at kontaktpersonen giver tilbage til patienten fra den personlige og professionelle sfære – ikke det private.

arbejde. Det private hører ikke hjemme her. Men, som det ses, påvirker patienten også personalets private sfære, men den stiplede linie viser, at der ikke kommer noget tilbage til patienten herfra. Det transformeres til en del af den personlige involvering, inden det gives tilbage. Det professionelle lag filtrerer og analyserer indtryk fra patienten og udtryk fra det personlige. Det personlige lag beskytter det private mod invasion og forhindrer det private i at komme til udtryk.

De enkelte lag bliver tyndslidte, hvis de ikke holdes ved lige ved hjælp af supervision eller faglig vejledning. Følgen af tyndslidte barrierer er udbrændthed og privatisering af behandling.

Omsat i en skærmningskontekst skal det forstås sådan, at det professionelle lag, men også det filtrerede personlige lag indgår i relationen til patienten. I det professionelle indgår de teoretiske overvejelser, analyserne og tolkningerne over relationen tilsat det personlige og mellemmenneskelige i forhold til patienten. Sagt på en anden måde vil det professionelle være styrende for relationen, men det filtrerede personlige er det, der styrer og vejleder patienten til ansvarsovertagelse, kompensation og egenomsorg. Kontaktpersonen forholder sig analytisk, systematisk og struktureret til sagen.

Invader ikke patienten

De personlige krav til kontaktpersonen er, at man er bevidst om egne reaktioner, dvs. at kontaktpersonen er bekendt med, hvad der kommer fra hende selv, og hvad der er patientens. Det fordrer, at man som kontaktperson kan være tæt-væk, da kontaktpersonen er i en så tilpas nærhed til patienten, at denne mærker støtte og omsorg uden at blive invaderet. Denne kompetence er kendetegnet ved viden og indsigt i de nævnte relationelle forhold. Kontaktpersonen arbejder selvstændigt i dette virksomhedsfelt, men med en forståelse af det helt nødvendige kollegiale med- og modspil. Se gul boks øverst på næste side.

Kommunikation et centralt element

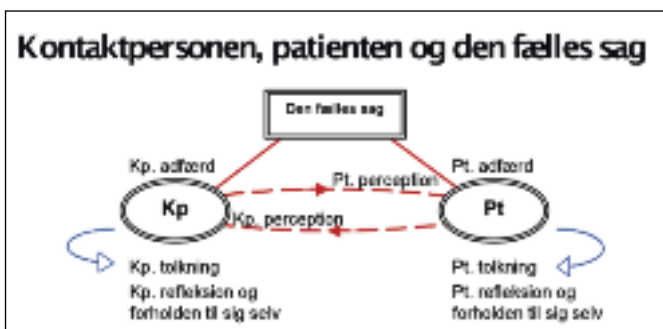
Ligeså vel som relationen er et centralt element i

Et eksempel på kontaktpersonens rolle og indsats

Stuen er i et syndigt rod med mange medbragte sager. Patienten kan ikke finde ro, henvender sig til flere personalemedlemmer, græder og skælder ud alt imens han associerer på alt det, han registrerer. Han er tydeligt forpint, da han mener sig offer for et terrorkomplot. Han vil have sin madras på gulvet for at sove, evner ikke at varetage basale behov for væske, mad, hvile og hygiejne. Patienten accepterer at være på sin stue med kontaktpersonens nærhed og opmærksomhed. Kontaktpersonen er til stede, lytter empatisk og rummer patienten, stiller ikke krav, men handler på patientens vegne uden ord. Efter nogen tid er det muligt for patienten at være alene i fem minutter. Der er hele tiden tydelighed om, hvem kontaktpersonen er, og hvornår kontaktpersonen er til stede.

skærmning, er kommunikation det. Virkeligheden konstrueres i relationen via kommunikation (6). Generelt trives dialogen ikke, hvor magten råder (7). I den professionelle relation er dialogen asymmetrisk (8) og, målet er at fremme patientens integritet og autonomi ved at minimere magten i relationen. Via målrettet dialog, information og medinddragelse sikrer kontaktpersonen sig kontinuerligt at være på forkant med patientens tilstand, og formålet med samtalen er at vurdere patientens behov for ansvarsovertagelse, kompensation og omsorg samt at fastsætte det dertil hørende skærmningsniveau og interventioner.

Kommunikationen i relationen er kompleks. Figur 2 illustrerer, at der kontinuerligt sendes budskaber mellem personerne, budskaber der både er digitale (ord, vendinger og sætninger) og analoge (tonefald, stemmeføring, gestik, tavshed, kropsholdning). Hensigten med afsenders budskab er i høj grad i overensstemmelse med det, der reelt udtrykkes, men modtagerens opfattelse er ikke altid identisk hermed. Budskaberne filtreres via personernes perception, der altid er selektiv og under indflydelse af kontekstuelle forhold såsom kultur og livshistorie samt personernes egne tolkninger. Personerne forholder sig til sagen og budskabet ud fra deres perspektiver. Parallelt med at personerne kommunikerer, er personerne i indre dialog med



Figur 2. Kontaktpersonen, patienten og den fælles sag. Læservejledning: Kommunikationsmodellen viser relationerne mellem personerne og den fælles sag, samt personernes perception og refleksion.

sig selv (digitalt) og i kontakt med egne indre emotioner (analogt). Se Figur 2.

En faldgrube i kommunikationen er, når de sendte budskaber kan opfattes som kendsgerninger, der ikke står til diskussion. Det stiller krav til kontaktpersonens evne til at metakommunikere med henblik på at opnå tydelighed og kongruens i kommunikationen mellem de sendte og modtagne budskaber.

Udfordringen i psykiatrien er, at der er særlig risiko for fordrejning i kommunikationen mellem kontaktperson og patient, når den psykotiske patients tilstand er præget af vrangforestillinger, hallucinationer og primitive forsvarsmekanismer. Kontaktpersonen skal derfor bevare sit eget perspektiv. Ved vurdering af patientens behov for kompensati- on, ansvarsovertagelse og omsorg søger personalet at forstå patientens indre referenceramme så præcist som muligt via en empatisk, nysgerrig, undersøgende og udforskende tilgang.

Det er derfor nødvendigt, at kontaktpersonen magter aktiv lytning med empati og engagement.

Det betyder, at kontaktpersonen evner at sætte sine fordomme i spil. Kontaktpersonen er kontinuerligt i dialog med patienten og ikke mindst med sig selv. Kontaktpersonen bruger sine erkendelser af og bevidsthed om egne fordomme (viden, erfaringer og holdninger) konstruktivt, så kontaktpersonen til- grundliggende antagelser og forståelser nuanceres og evt. forandres. Det er væsentligt, at kontaktpersonen er bevidst om egne tilgrundliggende antagelser i forhold til at bevare sin optagethed af og nysgerrighed på det, patienten udtrykker. Kontaktpersonen sikrer på den måde, at dialogen holdes åben og fokuseret.

Kontaktpersonen skal arbejde med analyse og fortolkning af egen adfærd og samtidig kunne analysere og fortolke de perciperede signaler fra patienten.

Dette stiller krav til kontaktpersonen om, specielt i kritiske situationer, at tænke metafagligt, hvilket indebærer analytisk, systematisk og struktureret forholden sig til sagen med henblik på at kunne argumentere for, om der er tale om frivillighed, genuin paternalisme eller tvang. I den sammenhæng er det nødvendigt, at patienten hele tiden er medinddraget på den måde, det er muligt i situationen, med henblik på at fremme autonomi og minimere patientens oplevelse af tvang og krænkelse.

Ydmyghed er en nødvendighed

I psykiatrisk sygepleje er det kontaktpersonen, der har magten på godt og ondt. Høj grad af bevidsthed om og ydmyghed i forhold til denne magt er strengt nødvendigt. Især i den opkørte og akutte situation hvor kontaktpersonen står på knivsægget mellem kyndig og professionel omsorgsfuld brug eller misbrug af denne magt. Det er her afgørende, at viden, erfaring og kompetencer i relation og kommunikation sættes i spil og står sin prøve. Kontaktpersonen skal ved hjælp af kommunikative redskaber at skabe en relation til patienten, så

skærmningen opleves tryk og tillids skabende. Det er formålet med de gode skærmningsforløb, at patienten opnår så høj grad af autonomi som muligt. Baggrunden for de vellykkede skærmningsforløb er kontaktpersoner, der er meget bevidste om egne evner i det relationelle og kommunikative arbejde. Kontaktpersonerne skal samtidig kontinuerligt deltage i undervisning og supervision med henblik på videreudvikling af færdighederne.

Charlotte Schmidt er ansat på Aalborg Retspsykiatriske afdeling E1, og er aktuelt stud.cand.scient.soc. E-mail: nygaard_schmidt@hotmail.com

Jørgen Bendsen er freelance sygeplejerske og sundhedsinformatiker(MI).

E-mail: mjsj@privat.dk

Litteratur

1. Kielberg P, Jensen A. Projekt skærmning i Region Nord.

Nordjyllands Amt, Ringkøbing Amt, Viborg Amt og Århus Amt; 2003.

2. Hansen M, Højmann Larsen B. Sygeplejevidenskab - teori og metode. København: Nyt Nordisk Forlag; 1999.
3. Bekendtgørelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. LBK nr 849 af 02/12/1998.
4. Mørch Jensen H, Day Poulsen H. Ekstralegale tvangsforanstaltninger i psykiatrien - et patientperspektiv. Ugeskrift for Læger. 168/6; 2006.
5. Falk S. Metoder og teori i miljøterapeutisk arbejde i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Psykiatrien i Nordjyllands Amt; 2004.
6. Haslebo G. Relationer i organisationer. En verden til forskel. København: Dansk psykologisk Forlag; 2006.
7. Ahlgren IM. (ed.) Kommunikationsspor i pædagogik. Socialpædagogiske tekster. København: Socialpædagogisk højskole; 1993
8. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. 1. utgave. Oslo: Gyldendal; 1997.
9. Alrø H. Organisationsudvikling gennem dialog. Aalborg: Aalborg universitetsforlag og institut for kommunikation; 2000.



NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere

Lokal faggruppe i Aust- og Vest-Agder inviterer til seminar;

Hvordan krenkede barn blir syke voksne

Hvordan vond og vanskelig erfaring – særlig tidlig i livet – påvirker liv og helse. Autentiske kjasustikkjer og teoretiske refleksjoner speiles i nyeste forskning omkring nerve-, hormon- og immunsystemet.

Med **Anna Luise Kjrkenen**

Professor i allmennmedisin ved universitetet i Tromsø og Trondheim, og seniorforsker ved Akershus Universitetssykehus. Hun har vært fastlege i Oslo i 30 år frem til 2006. Hennes forskning har dreid seg om senfølger av krenkelser med henblikk på helse. Har også skrevet en rekke artikler, flere bokopptil og tre bøker om dette emnet.

Seminaret innledes med informasjon om tilbudet **BarnsBeste** og den nye loven 01.01.10. om helsepersonells plikt til informasjon og spesialisthelsetjenestens ansvar for å opprette barneansvarlige.

STED: Rjca Dyreparken Hotell i Sorlandsparken
NÅR: Torsdag 3. desember 2009 kl. 09.00.–15.00.
PRIS: Kr. 1000,- (medlemmer av NSF kr. 800,-)
PÅMELDING: Innen 20.11.09. vest-agder@sykepleierforbundet.no

Kartet søges forkludningsgjort av legforeningen, psykologforeningen og sykepleierforbundet (medlemsende til kfrivisk spekulat i sykepleie) med 5 timer



Høsten - fra noe til noen!

Sommer, kjærlig opplevelse
 Minner og lengsel
 Avstand som skapes
 Pauser innhentes
 Klokskap utfordres

Høsten er her
 Farger gir glød og kreativitet
 Urolig søvn
 Ro i kroppen
 Tungsinn og tristhet

Timer blir til dager
 Undringens time
 Beundring, men vurdering
 Tid og rom
 Stillheten skaper refleksjon
 Men også smerter og forventninger

Respekt for hverandre
 Som gir viktig avklaring
 Elsker, elsker ikke?
 Møter jeg deg?
 Ventetid - langsomt og krevende

Grubling og tanker om frø
 Som faller i jorden om høsten
 Men som gir håp om ny vår
 Nye farger, glød, latter og glede
 Høsten for meg er overveldende og rik

Høsten er vår tid - akkurat nå

Psyki. sykepleier - 2008

SKRÅBLIKK

Prosedyrer kan stenge for god praksis

Ved psykiatrisk sykepleier Åshild Vangen, Avdelingsleder ved Avdeling Nord, Allmennpsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge.
Utdannet psykiatrisk sykepleier. Mastergrad i profesjonskunnskap.

Skriftlige retningslinjer og prosedyrer i psykiatrisk sykepleiepraksis er viktig, men prosedyrer er ikke ensbetydende med god praksis. Få vil være uenig i en slik påstand. Men i dag er fokuset på retningslinjer så sterkt at det hindrer begrepsutvikling av den delen av praksis der regler neppe er løsningen.

Regler gir trygghet

Vårt moderne helsevesen er gjennomregulert av lover og faglige føringer på de fleste områder. Tydelige rammer og klare regleverk er en forutsetning for behandling og omsorg.

Rammer og rutiner gir trygghet, både i våre private liv og som profesjonelle. Regelmessighet gir trygghet. Det vante får oss til å høre til i verden. Jeg har for eksempel mine faste morgenrutiner, avisen og morgenkaffen. Jeg blir helt satt ut hvis jeg ikke får startet dagen på denne ritualiserte måten. Dagen blir da ikke helt min. Noe utrygt har sneket seg inn. På jobben, en psykiatrisk akuttpost, starter jeg også dagen ganske likt hver gang. Morgenrapport kl 0800 - jeg setter meg stort sett alltid på den samme stolen. Når det av og til kommer en ny student og setter seg på min faste plass, blir jeg litt skaket,

Leserne inviteres til å komme med betraktninger, innspill, kritiske bemerkninger, et møte med en kollega, min arbeidsplass, mediaomtaler hvor LPS medlemmer er engasjert. Min mening om opptrappingsplanen, fokus på psykisk helsearbeid i kommunene eller spesialisthelsetjenesten etc.

*Med Skråblikk menas at man ser situationen ur en annen synvinkel. Läsarna uppmanas i Skråblikk att ta upp något till diskussion, kritiska inlägg, en beskrivning av ett möte med en kollega eller om sitt arbetspass.
I norska Bivrost är Skråblikk ett stående inslag.*



Åshild Vangen.

og jeg blir der og da litt pinlig oppmerksom på hvor ritualisert jeg forholder meg til verden.

Det er selvfølgelig dager både på jobb og i mitt privatliv som er utenom det regelmessige. Det kan være dager som byr på spennende utfordringer, noe nytt, noe å strekke seg etter, noe som faller utenfor det regelmessige. Det oppleves som krydder i tilværelsen. Men jeg er for det meste fornøyd med de vanlige hverdagene, både i mitt privatliv og i min sykepleiepraksis. Denne regelmessigheten gjør meg trygg, den gir meg tilhørighet.

I tillegg til lover og regler, har vår profesjon sine egne u-uttalte og uttalte regler. Det er vel nettopp det som gjør oss til en profesjon. I tillegg har hver enkelt spesialitet sine rutiner som gjelder innenfor den spesielle praksisformen. En lukket akuttpsykiatrisk sengepost har, og skal ha, andre rutiner enn en åpen døgnenhet. På akuttposten har vi for eksempel nedskrevne regler for hvordan vi undersøker bagasjen til pasienten ved innkomst. Dette er ikke rutiner som sykepleieren lærer i studiet. Dette

er rutiner som gjelder for denne spesielle praksisen. Den nye sykepleieren må lære postens spesielle rutiner, gradvis tilpasse seg og vokse seg inn i kulturen som er på denne akuttposten. Det er en del av kvalitetsarbeidet. Hun må få postens rutiner under huden. Slik blir hun en trygg sykepleier i denne spesielle praksisen.

Regelkunnskap som fortrenger andre kunnskapsformer

Men det som uroer meg, er at jeg synes å se en utvikling innenfor psykiatrien med stadig større vekt på at alle problemer kan løses med en ny retningslinje eller et nytt rundskriv. Myndighetene sammenligner psykiatri og somatikk. Man forventer at psykiske lidelser kan behandles med samme presisjon som et kirurgisk inngrep, at det å behandle en pasient med for eksempel psykotiske plager kan gjøres like presist som når man blokker ut en for-tettet blodåre. Det er en optimisme knyttet til sentrale evidensbaserte behandlingsmanualer. Diagnose X skal behandles med tiltak Y. Med en slik tenkning vil jeg påstå at pasienter står i fare for å bli redusert til diagnoser. Det er en stor optimisme knyttet til troen på å finne den rette metode. Men 50 års forskning viser klart at det i psykoterapi ikke er metoden, men det mellom-menneskelige møtet, selve relasjonen, som særlig er virksom i terapien. Fokus på standardisering og manualisering kan føre til at vi bare ser skjema, og ikke pasienten. Og da fører våre kvalitetsmanualer oss bort fra kvalitetsarbeid.

For en tid tilbake skulle jeg gjøre et sårstell på akuttposten. Det var en pasient som hadde kuttet seg dypt i den ene armen. Såret var infisert og trengte omhyggelig pleie, samtidig som stingene måtte fjernes. Når jeg tar fatt på dette arbeidet, har jeg med meg mine innlærte hygieniske prinsipper, kunnskap om rensing av sår og forbygging av infeksjoner. Jeg kan skifte på sår, takket være innlærte tekniske prosedyrer og gode rollemodeller. Men denne pasienten gav meg en ny utfordring, han insisterte på at han selv skulle fjerne stingene fra såret sitt - med sin private neglesaks. Hvis jeg nektet han det, skulle han kutte seg opp på den andre armen.

Her måtte mine innlærte regler for sårskifting vike. Det var andre deler av virkeligheten som måtte få forrang. Her fantes det ingen manual med riktig svar. Såret måtte tre i bakgrunnen. Her dreide det seg om å finne ut hva pasienten først og fremst trengte hjelp til.

Og det gikk bra denne gangen, vi fant en samarbeidsform, en slags gylden middelvei. Han fikk rensing halve såret, og jeg resten. Men neste dag fikk jeg rensing hele såret. Her ble jeg utfordret i relasjonen, her handlet det om min dømmekraft, om å ta øyeblikket, å tone seg inn mot den andre. Prøve å forstå han. Her fantes ingen universell oppskrift utenfor relasjonen mellom pasienten og meg.

"Her på akuttposten har vi en husordensregel som sier at

det ikke er lov å snakke om religion eller politikk i fellesmiljøet".

Jeg må si at jeg ble ganske oppgitt da jeg fikk denne husordensregelen presentert.

Hva er begrunnelsen for en slik regel?

For en utenforstående kan jo en slik regel høres meningsløs ut. Paternalisme på sitt verste. Kanskje man også kan gå så langt at man sier at dette er brudd på yttringsfriheten?

Men inne på en travel akuttpost kan en slik regel gi mening.

For noen ganger kan det nettopp oppstå heftige diskusjoner på stua om religion eller politikk. Dette er jo temaer de fleste mennesker er opptatt av på den ene eller andre måten. Og slike diskusjoner mellom pasienter kan noen ganger bli så heftige at det spres uro i avdelingsmiljøet. I en fase der noen pasienter er sårbare for heftige diskusjoner, diskusjoner som kanskje blander seg inn i, og forsterker, de psykotiske stemmene noen plages med, kan slike diskusjoner derfor utarte seg til vanskelige og utrygge situasjoner for både pasienter og personalet. Sinte og redde følelser smitter. Når man da som ansatt har et ansvar for at den følelsesmessige temperaturen på stua ikke blir for høy, er det selvfølgelig kjekt å ha en regel å henvise til.

Men slike utfordringer løser man ikke med regler. Dette er et eksempel på et dilemma, her finnes ikke et standardisert regelsvar. Med en regel-løsning skyver du problemet under teppet. Og min erfaring er at det sjelden holder seg lenge under teppet heller.

Vi unngår den egentlige utfordringen med en slik regel. Vi får ikke jobbet med det å bli gode til å samtale om vanskelige tema i stua.

Det er her vi må kjempe i mot, tåle å stå en stund i ubehaget, i den uløste spenningen, i dilemmaet. Regler kan hindre tenkning. I stedet bidrar de til en stivnet praksis: "Sånn-er-det-med-den-saken praksis". Regler og rutiner blir en anonym autoritet. Man trenger ikke selv å kjenne på sitt moralske ansvar i situasjonen. Det er regelen som taler. Slike regler er ikke forenlig med kvalitet.

ER DU SYKEPLEIER

med eller uten videreutdanning?

Meld deg inn i LPS –

BLI MEDLEM!

Kontakt: cwalth@online.no

Våldsamma möten

Gunilla Carlsson

Inledning

Hot och våld inom vård är idag ett aktuellt område som vi kan ta del av från massmedia med jämna mellanrum. Våldsamma incidenter har identifierats inom all vård både i Sverige och internationellt och kan utgöra ett betydande problem både för personal, medpatienter, anhöriga och för patienten själv. Det finns både en förväntan och ett särskilt ansvar vilande på vårdpersonal. I psykiatrisk omvårdnad förväntas att vårdpersonal kan hantera situationer med inslag av aggression, hot och våld på ett professionellt sätt utan att tillfoga patienten onödigt lidande. Här krävs kunskap men också förståelse inför patienten situation och patientens upplevelser. Forskning inom frågor som rör arbetsmiljö visar att förekomst av hot och våld inom vård kan skapa allvarliga arbetsmiljöproblem. Risker finns för personal att drabbas av långvariga psykosociala problem, vilket kan innebära minskad arbetsglädje, skuld och självanklagelser. När vårdare känner skuld över att inte klara av sitt jobb, anklagar sig själv för att inte våga, kan känslan av professionell inkompetens att misslyckas i sin gärning som vårdare infinna sig.

Min forskning

Mina studier inom området är inriktade mot att försöka beskriva vårdare och patienters upplevelser av våldsamma möten genom kvalitativa intervjuer med vårdare och patienter. Med vårdare avses både allmänutbildade sjuksköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor inom psykiatrisk vård, mentalskötare och undersköterskor. Patienterna kommer från psykiatrisk klinik, rättspsykiatrisk vård och särskilda boenden. Först ges en beskrivning utifrån vårdarnas perspektiv och därefter följer hur patienter erfar våldsamma möten i ett psykiatriskt vårdssammanhang.

Vårdaren uttrycker rädsla

Vårdare kan känna sig både rädda och utsatta i våldsamma möten. Rädsla och osäkerhet beskrivs på olika sätt och det är viktigt att vårdaren förmår att göra något åt sin osäkerhet och rädsla för att mötet med patienten skall ha en chans att lyckas. I berättelser från möten där vårdare beskriver att de ej lyckats möta och lugna patienten beskrivs rädslan som mer överväldigande. Från början kan vårdaren ha gått in i mötet med en klar riktning mot att vilja väl, och verkligen vilja försöka lösa situationen. Tveksamhet och osäkerhet i mötet medför att vårdaren inte längre är lika öppen och naturlig, utan svarar på frågor från patienten mer undvikande, kanske backar undan lite. De önsknigar



Gunilla Carlsson.

som patienten framfört hörsammas inte. Vårdaren känner sig alltmer otrygg, börjar intala sig själv om det lönlösa i att vara kvar. Vårdaren anser att patienten lyssnar ju ändå inte, det är meningslöst. Nu är inte mötet konstruktivt längre.

När rädsla får fritt spelrum känner vårdaren sig liten och maktlös, kan känna sig trängd och tappa kontrollen. Vårdaren vet inte längre hur situationen skall hanteras. Tanken blir oklar, vårdaren känner sig låst och blockerad. Här berättar vårdare att de inte längre känner igen sig själva, de säger och gör saker som de inte riktigt efteråt förstår. Rädslan kan också medföra att vårdaren tappar förankringen i nuet och börjar tänka på vad som eventuellt kan hända. Ser bilder av sitt ansikte sönderslaget. Att bli rädd känns obehagligt och föder ju önskan om att fly undan. När rädslan okontrollerat får fäste och vårdaren börjar känna sig osäker försvinner viljan och vårdaren önskar sig bort från situationen. När vårdaren inte längre vill vara kvar, blir mötet mer kallt och avståndstagande. Ibland framtingar rädsla och känslan av osäkerhet ett mer tvingande förhållningssätt gentemot patienten. En tvingande hållning innebär att vårdaren tar över och bestämmer, blir mer envis och fodrande, kräver att patienten skall göra och vara på ett visst vis. Grundtanken hos vårdaren är att vårdaren bestämmer och patienter skall foga sig. Ställer patienten egna krav så stör det ordningen. Vårdaren är mer

uppgiftsorienterad, lyssnar inte in vad patienten önskar, här finns ingen dialog. Karaktären på samtalet blir mer enkelriktat, vårdaren talar mer om "vad som gäller".

Vårdarens stabilitet

Vårdare berättar om möten där de förvisso känner rädsla och tveksamhet, men när osäkerheten inte fullständigt tar överhanden agerar vårdaren ofta på ett annat vis. Vårdaren är mer inriktad på att försöka möta patienten för patientens skull. Varsamt, men samtidigt tydligt, står vårdaren kvar, backar inte undan och visar samtidigt upp en sida av säkerhet och trygghet med sig själv. Vårdarens tanke är mer riktad mot patienten. De beskriver en vilja att göra gott, att det ska bli så bra som möjligt för patienten, en särskild omtanke och omsorg. Vårdaren försöker visa patienten; Jag finns här för dig nu! Jag vill lyssna till dig! Jag bryr mig om dig! Vårdaren litar på sig själv, känner tillförsikt och tror på det som vårdaren själv känner är rätt.

De berättar att de försöker balansera mellan att vara nära och distanserad, dvs. inte komma för nära men inte heller för långt bort, då kan kontakten förloras. Vårdare för en inre dialog med sig själva, blixtnabbt inne i huvudet (eller i kroppen). De väger för och emot, de talar alltså med sig själva, resonerar kring olika möjliga lösningar osv. skall jag fly undan eller stanna kvar? Ska jag fortsätta att prata eller skall jag larma, klarar jag detta eller inte. När vårdaren bestämmer sig för att stanna kvar ökar säkerheten inom vårdaren. Beslutet att stanna ger kraft och mod. En atmosfär av stabilitet skapas (vilket patienterna också talar om). Vårdarna vet inte från början hur de ska agera, de följer inte ett PM i olika steg, utan de finner lösningen i den akuta situationen. Jag tror att rädslan och osäkerheten många gånger hanteras i denna inre dialog.

Vad är egentlig vilja?

Jag har också förstått när vårdare hyser en vilja att göra gott, att verkligen vilja väl i relationen till patienten, har mötet en större chans att lyckas. Viljan kommer ur vårdarens förmåga till inlevelse och medkänsla för patientens utsatta situation. De försöker visa att de bryr sig om patienten (vilket också patienterna berättar om). De försöker ge en öppning åt patienten, skapar ett utrymme så att patienten får möjlighet att välja vart mötet skall ta vägen. Patienten kan samla ihop sig och kanske också trappa ner sin aggressivitet. Vårdare visar patienten att de är engagerade, delaktiga, ger av sin tid, vill hjälpa patienten att reda ut det som hänt. De känner ansvar för patienten som är aggressiv och inte mår väl.

Det blir tydligt att viljan är sammanflätad med vårdarens möjlighet att hantera sin rädsla och osäkerhet. När rädslan härskar kvävs viljan. Viktigt att reflektera över är hur rädsla och osäkerhet påverkar vårdare och framförallt: Vad kan göras åt det?

Egentlig vilja – är också viktigt att reflektera över; Var kommer den ifrån? Har alla vårdare det? Alltid? Inför alla patienter? Reflektera över hur är det för Dig?

Patienternas berättelser

Vad säger patienterna? Hur ser deras berättelser av våldsamma möten ut? Har okontrollerad rädsla, osäkerhet, vårdarens stabilitet någon betydelse i det våldsamma mötet? Först beskrivs när vårdare lyckas nå fram till patienten och därefter redogörs för den existentiella kränkning patienterna kan erfara i vårdandet.

En oförställd inbjudan

Patienterna uttrycker när de känner aggressioner inom sig, vill de bli inbjudna till samtal. En inbjudan där patienten känner att vårdaren är där för deras skull och verkligen vill hjälpa. Patienterna berättar att de känner av om vårdaren verkligen vill möta dem eller bara önskar få det tyst och lugnt omkring sig. De läser av vårdarens kroppsspråk och lyssnar till hur saker och ting sägs. För att patienten skall kunna berätta om sitt lidande, krävs att vårdaren är äkta och sann, dvs. att vårdaren inte spelar en roll utan på största allvar förmår att förmedla en uppriktig känsla av att vilja väl. Här finns ett löfte om att få prata, att få reda ut, patienten ges möjlighet till att få berätta sin historia, sin egen berättelse.

Tilliten till vårdaren är viktig, patienten vill känna att vårdaren är där för deras skull och att de kan lita på vårdaren. Patienter berättar om möten med engagerade vårdare som visar respekt, medmännisklighet och vänlighet. De berättar också om hur viktigt det är att känna att vårdaren tycker om dem. Patienten behöver möta en vårdare som förmår vara ödmjuk. Ödmjukheten visar sig för patienten genom att vårdaren sant och ärligt ger av sig själv. Vårdaren är uppriktig och "go i sig själv" samt visar tydligt sin respekt och välvilja.

En vårdande stabilitet

Patienterna vill möta en stabil och säker vårdare, en vårdare som utstrålar trygghet och självsäkerhet. En vårdare som kan kommunicera, vilket också innebär att kunna lyssna, att vara inkännande, kunna stanna upp och anstränga sig för att få ta del av det som "just nu" utgör patientens önskningar. En stabil och självsäker vårdare innebär en vårdare som med fasthet och tydlighet står kvar och som öppnar upp sig för att ta emot det som patienten just nu vill och vågar förmedla. Patienten vill möta vårdare som blir berörda av deras lidande. Det är betydelsefullt för patienten att vårdaren inte tappar kontrollen över sig själv och över situationen för då förlorar vårdaren fotfästet i mötet och vet inte längre hur de skall kommunicera. För patienten blir då vårdaren någon som är låst och blockerad och därmed också oförmögen till den öppna tillitsfulla kommunikation som patienten begär.

Existentiell kränkning

Upplevelser av kränkning förekommer både som en följd av, i samband med samt som en inledning till våldsamma möten. I patienternas berättelser förekommer olika upplevelser av kränkning. Svårast att hantera tycks den kränkning vara som de erfar mot sitt inre, dvs. mot sig själv som människa. Kränkningen är svår att hantera och är ibland en utlösande faktor till att det uppstår ett våldsamt möte. Känslan som denna kränkning ger upptar stundtals en stor del av patientens värld. När vårdaren inte alls reagerar utan möter patienten kallt, på avstånd ges patienten en upplevelse av att inte vara viktig, att vara någon som är helt utan betydelse för vårdaren. För att få någon form av uppmärksamhet ser patienten ibland ingen annan utväg än att bli våldsam:

När patienterna känner sig kränkt till sin egen person skapas föreställningar om att inte vara lika mycket värd. Ett sätt att inte sätta sin egen inre existens på spel är att visa upp en fasad och visa sig "stöd-dig", utan känslor. Patienterna berättar, att de kan visa upp en yttre sida av sig själv för att kunna överleva. Denna fasad ger patienten ett skydd mot att inte känna sig trampad på eller nedtryckt av vårdare.

Avslutande reflektioner

En säker och trygg vårdare som visar omtanke och omsorg, rakt och ärligt, helt närvarande i mötet, har nog störst chans att lyckas i det våldsamma mötet. Det är tydligt att det är just när vårdarna känner rädsla, osäkerhet, olust som de blir som mest tvingande i sin hållning gentemot patienterna. Några vårdare berättade att deras tvingande hållning kanske inte alltid stod i relation till faran i det våldsamma mötet. Det finns förstås situationer där vårdarens säkerhet måste prioriteras. Här kan arbetsledningens ansvar för att varken vårdare eller patienter kommer till skada inte nog betonas. Och trots alla säkerhetsåtgärder kan det förmodligen uppstå situationer där vårdare inte har någon annan möjlighet än att rädda sig och fly undan. Det våldsamma mötet tycks alltså, hota den betydelsefulla relationen mellan vårdare och patient. Vårdare står inför den mycket svåra uppgiften att få till stånd ett möte som präglas av gemenskap, trots en smygande känsla av att situationen kan bli farlig. Vårdaren är inte ensam om detta ansvar. För att öka möjligheterna för goda möten i vården, även under svåra och pressade förhållanden, är det viktigt att reflektera över det stöd som vårdarna behöver.

Att vårda vårdaren

Vårdaren måste också vårdas. Det är rimligt att utgå ifrån att det är mycket påfrestande att bli utsatt för verbala och ibland mer handgriplig aggressivitet från en patient. Om en vårdare får regelbunden fortbildning, handledning, som utgår från en substansorienterad vårdvetenskap kan möjligheterna att skapa goda meningsfulla vårdrelationer vara

goda, även under svåra omständigheter. Ett väl fungerande lagarbete är förmodligen också betydelsefullt om vårdare ska orka stanna kvar i ett arbete där hot och våld förekommer.

Jag vill också referera till Ove Hellzén som diskuterar kring vårdares utsatthet. Vad händer med vårdare när de känner att de misslyckas med att skapa och behålla meningsfulla relationer? När de känner att de inte behärskar situationen. Då kanske vårdare både skäms och upplever vanmakt, vilket kan medföra att patienterna utsätts för ett ännu mer sakorienterat arbetssätt. Om vårdaren inte längre ser patienten som ett subjekt så försvinner möjligheten till att uppnå en bekräftande relation. Här menar också Hellzén att stöd och handledning måste erbjudas.

I besparingstider är ofta handledning till vårdpersonal något av det som riskerar dras in. Det är kostsamt med handledning kanske, men jag tror nog att vi alla vet att i längden är kostnaden för handledning en väl investerad peng för vårt samhälle. På Institutionen för vårdvetenskap vid Högskolan i Borås under professor Maria Nyströms ledning pågår ett forskningsprojekt med reflekterande team. Reflektionsledare utbildas med syfte att starta upp reflekterande team ute i olika vårdverksamheter. Syftet med teamet ute på arbetsplatsen är att få igång reflektion kring den omvårdnad som bedrivs och förankring av den vårdande vården i aktuell forskning.

Till sist

Ett oreflekterat vårdande, mer på rutin, är förmodligen en allvarlig orsak till att patienter utsätts för onödigt lidande. De upplevelser av kränkning som patienter berättar om är allvarliga och måste reflekteras kring. Det handlar om att kritiskt granska sitt eget tänkande och med hjälp av reflektion tillsammans med medarbetare planera för hur vårdandet skall utformas på den egna enheten.

Referenser:

- Carlsson, G. (2003). Det våldsamma mötets fenomenologi – om hot och våld i psykiatrisk vård. (Doktorsavhandling) Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Växjö: Växjö Universitet.
- Carlsson, G., Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Ekebergh, M. (2006). Patients longing for authentic personal care: A phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, (3) 287-305.
- Carlsson, G., Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Ekebergh, M. (2006). Patients longing for authentic personal care: A phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, (3) 287-305.
- Carlsson, G. (2007). Vård som berör – en studie av våldsamma möten inom psykiatrisk vård. *Vård I Norden*, 3(27) 29-34.
- Ekebergh, M. (2009). Att lära sig vårda – med stöd av handledning. Lund: Studentlitteratur.
- Hellzén, O. (2000). The meaning of being a carer for people with mental illness and provoking actions: Carers' exposure in problematic care situations. (Doktorsavhandling). Umeå: Umeå University.

”FOLK MØTER FOLK” - SAMARBEID MED RUSSLAND

v/Anne-Lill Haabeth klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og styremedlem i landstyret (LPS)

I februar i år var Psykisk helsetjeneste i Sør-Varanger kommune og fra flere andre kommuner i Øst-Finnmark på besøk til det psykiatriske sykehuset i Murmansk fylke, i Apatity. Det ble skrevet en artikkel i Sykepleien nr. 8/2009 om dette besøket. I september i år inviterte vår tjeneste 10 fagpersoner fra det samme russiske sykehuset til Kirkenes.

Det hele kom i stand via midler fra Barentssekretariatet i Kirkenes. Barentssekretariatet prioriterer spesielt å gi økonomisk bistand til prosjekter som skaper møteplasser mellom mennesker over grenser. Derfor tildeles ”folk møter folk” midler.

De 10 fagpersonene besto av sjefslegen, psykiatere, psykologer, tre sykepleiere og en sosionom. Vi hadde møtt alle tidligere under vårt opphold i Apatity. Ingen av dem hadde vært i Norge før. Men noen hadde vært med i et tidligere prosjekt i Boden i Sverige.

Det var lagt opp til et travelt program her i Kirkenes området. Psykiatrisk sykepleier Sissel Sandnes og Anne-Lill Haabeth holdt foredrag med tema Oppbygging og organisasjon i forhold til psykisk helsevern og lovverk. Litt psykiatri-historie fra 60-tallet og fram til 1998. Gjennomgang av innholdet i opptrappingsplanen, statistikk, og hva som har skjedd ute i kommunene de siste 10 år.

Videre var det besøk til Voksen psykiatrisk poliklinikk, omvisning og informasjon på våre omsorgsboliger, og besøk på Møteplassen dagsenter. Neste dag var det besøk på Distriktpsykiatrisk senter (DPS)-døgnerheten i Øst-Finnmark. De var også innom Pasvikdalen folkehøgskole og fikk informasjon. Det er en type skole som er helt ukjent for russere, og som de fant svært merkelig, uten almenfag og karakterer – og at læreren gikk på jakt med elevene! Vi var også i Barentssekretariatet for informasjon om nordområdene og samarbeid over grensene. Og tre kvelder på rad møttes vi til hyggelig sosialt samvær, og spennende diskusjoner.

Vi er så heldig å ha en russisk ansatt i vår tjeneste, Elvira, som gjorde situasjonen mye lettere for å få kontakt over grensen med våre russiske kolleger. Hun ordnet på forhånd med alle formelle kontakter med Russland, visum, reise, søknad til Barentssekretariatet, program. Hun var også tolken vår underveis.

Den store barrieren under besøket var språket. Ingen av de russiske deltakerne hadde særlig med engelskkunnskaper, men vi kunne ”knote” med noen av dem. Vi var hele tiden avhengig av tolk. Vi hadde periodevis to tolker samtidig, noe som var helt nødvendig på grunn av den store gruppa vi til sammen utgjorde. Manglende felles språk vil nok være den store utfordringen også framover, om vi skal få til et videre samarbeid.

Vi fikk svært mange spørsmål. De var ganske imponerte over hvor langt vi var kommet med nedbygging av sykehus og oppbygging i kommune. I Russland finnes ikke slike tilbud i kommunen i det hele tatt, det er på sykehuset det skjer. De så at vi hadde så mange muligheter, god økonomi, mange fagstillinger. DPS døgnerheten var nok det mest interessante for dem under be-



Foredrag ved psykiatrisk sykepleier Sissel Sandnes.

Vi ga en innføring i norsk psykiatri til våre russiske kolleger, på Grenselandsmuseet i Kirkenes.



Fra v: Svetlana Betten - tolk og sykepleier fra Kirkenes sykehus, Galina Ananyeva - oversykepleier, Antonina Vasilieva - sjefspsykepleier, begge Murmansk psykiatriske sykehus.



Fra v: Psykiatrisk sykepleier Elisabeth Boine, vår kollega og tolk Elvira Røst, sjefslege Evgeny Zenin.

søket, hvor det var mer muligheter for å ”sammenligne” med egne sykehusavdelinger i Apatity. De brukte mye tid der.

De var også mye opptatt av akuttbehandling, akuttavdelinga på Åsgård sykehus, hvor lenge de var innlagt, hvordan tvangsinnleggelse foregikk, hvordan lovverket hos oss er i forhold til tvang etc.

Tolken Elvira hadde vanskelig for å oversette til russisk ordene miljøterapi og miljøarbeider. Dette er begreper de ikke kjente til, de hadde ikke denne typen stillinger eller arbeid.

Og vi hadde selvsagt mange spørsmål til dem også. Sykepleierutdannelsen i Russland er nå blitt på høgscolenivå, og følgelig fått en bedre kvalitet. Alle sykepleierne som jobbet ved det psykiatriske sykehuset måtte ha videregående kurs i psykiatri.

På mitt spørsmål om hva de syntes var mest annerledes her hos oss, sa de blant annet at de syntes det var veldig spesielt at sykepleierne jobbet så selvstendig uten legene.

Og at vi hadde så imponerende mange ansatte til så få pasienter.

Og at sykepleierne hadde så god lønn. Vi prøvde jo å nyanseere dette med at Norge samtidig var et svært dyrt land å bo i. Selv tjente en sykepleier rundt 1800 kr i måneden ved sykehuset.

De syntes arbeidsstuen på DPS og på dagsenteret var svært godt utstyrt, ikke minst med både strikkemaskiner og symaskiner tilgjengelig.

Vi som vertskap var opptatt av at ikke det skulle lages et glansbilde av at Norge er så veldig bra i forhold til Russland. Så vi hadde også en diskusjon på hva de var fornøyd med i sin hverdag.

De hadde 3 måneders ferie hvert år. I tillegg en gratis ferietur til varmere strøk hvert 2. år.

Dette var goder de hadde fordi de geografisk bor så langt nord, og fra staten regnet det som et ekstrem-område.

Hvert 5. år må alle leger og sykepleiere ta ny faglig oppdatering, med eksamener.

Overlegen fortalte en historie fra Murmansk somatiske sykehus, hvor det hadde kommet en delegasjon fra USA på besøk. De hadde vært så imponert over hvordan russerne hadde klart å gjøre så mye bra og positivt ut av det som de hadde kalt å jobbe i en ekstrem situasjon. USA folkene hadde videre sagt at de hadde masse å lære av russerne om hvordan jobbe i en ”ekstrem hverdag.” Og overlegen mente at de var flinke og kreative til å utnytte de ressursene de hadde.

Siste kvelden brukte vi tid på å diskutere mulighetene for et videre samarbeid. Som sagt er språket vår utfordring

Det var ønske fra oss norske om å hospitere i Apatity. Motsatt ønsket også russerne å hospitere her, men da helst på en akuttavdeling eller sengepost..

Vi har lenge også snakket om å få til en stor Barentskonferanse for psykisk helse her i Kirkenes i 2011. Med deltakere fra Barentsregionen: Nord-Norge, Nord-Finland, Nord-Sverige og Nord-Russland. Det vil da i så fall bli helt nytt for russerne at leger og sykepleiere deltar på samme konferanse – men de var veldig positive til det!

Så vi vil bruke tiden framover til aktivt å se på nye muligheter for samarbeid.

Samarbeidsprosjekt mellom Rogaland A-senter (RAS) og Stavanger universitetssykehus (SUS)

Ved Åse Christiansen, klinisk spes. i psykiatrisk sykepleie/
ruskonsulent

Alkoholintervensjon hos pasienter i somatisk avdeling

Det antas at 15-20% av innleggelser i somatiske avdelinger ved sykehus og 30-50% av innleggelser i psykiatriske avdelinger er rusrelatert. Forskning har vist at et økende konsum av **alkohol** de siste 15 år og mer liberale holdninger til alkohol i vår kultur har ført til økende forekomst av alkoholrelaterte helseskader. (Rossow, I 2007 : Trends in alcoholconsumption and alcoholrelated harms in Norway around the turn of the millennium. NAT vol. 24, supplement: pp 61-72).

Helseskadelig bruk av alkohol får konsekvenser for foster, barn, familieliv, arbeidsliv, fysisk og psykisk helse, økonomi, sosiale problem, vold, kriminalitet og ulykker (evt. med dødelig utgang). Alkohol tar flere liv enn narkotika. De mange som drikker litt for mye, representerer et større, samlet folkehelseproblem enn de få som drikker altfor mye.

I april 2008 ble **Rus&Somatikk** – strategi og handlingsplan for 2008 og 2009 - vedtatt ved SUS og et samarbeidsprosjekt mellom SUS og RAS kalt "tidlig oppdagelse – tidlig intervensjon" ble igangsatt gjennom liaisontjeneste, dvs. at RAS tilbyr SUS den ruskompetanse som SUS mangler.

Målet med rus&somatikk – strategi er:

- å identifisere helseskadelig bruk av alkohol (mer enn 14/21 alkoholenheter pr. uke)
- å intervensere for å forhindre videre utvikling av et rusproblem.

Undertegnede er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie. I flere år var jeg ansatt som behandler i poliklinikken ved Rogaland a-senter og hadde samtaler med rusmisbrukere og pårørende, individuelt eller i grupper.

Nå er somatiske avdelinger ved Stavanger Universitetssykehus min daglige arena for å identifisere og intervensere i fht. helseskadelig bruk av alkohol hos inneliggende pasienter.

Leger og sykepleiere henviser aktuelle pasienter til ruskonsulent, som er min tittel ved SUS.

Rusrelaterte helseproblem? Når er det aktuelt å identifisere alkoholvaner?

Det er 3 målgrupper for sykehusets rus&somatikkstrategi; pasienter over 18 år som er akutt innlagt pga. skader forbundet med alkoholpåvirkning, pasienter med risikofylt bruk av alkohol og pasienter med kjent rusmiddelavhengighet. (SUS har egne prosedyrer for pasienter under 18 år med intox eller rusrelaterte skader).

Helsemyndighetene har utarbeidet retningslinjer for å telle alkoholenheter som indikator på om man er i faresone; grønn, gul eller rød sone. En **alkoholenhet (ae)** inneholder 12 gram ren alkohol som tilsvarer alkoholinholdet i et glass vin (12cl), en liten flaske øl (0.33 l) eller en drink (4 cl).

Kvinner tåler mindre alkohol enn menn.

Ved 0-9 ae pr. uke for kvinner og 0-13 ae pr. uke for menn, er man i grønn sone, dvs. at man har et uproblematisk bruk av alkohol.

Ved 9-14 ae pr. uke for kvinner og 13-21 ae pr. uke for menn, er man i en risikosituasjon (gul sone) og det er grunn for å redusere alkoholinntak.

Dersom kvinner inntar mer enn 14 ae pr. uke og menn mer enn 21 ae pr. uke, er man i rød sone og det bør settes i gang tiltak for å forhindre videre utvikling av et rusproblem.

Ved oppstart av prosjektet ble pasienter med direkte alkoholrelatert innleggelsesdiagnose som intoksikasjon med alkohol (+ evt.tabletter) eller truende delir henvist til en samtale med ruskonsulent. Nå henvises også pasienter med en rekke forskjellige helseplager hvor det kan være grunn til å mistenke usunne alkoholvaner som medvirkende årsak til innleggelsen.

Grunder for å henvise pasienter til rusvurdering kan være:

- brystsmerter og hjertebank ved inntak av alkohol
- hode – og ansiktsskader, overfall, vold i hjemmet og ute
- fall, bruddskader, commotio (med promille)
- kollaps, kramper, blackout
- mage/tarmlidelser, infeksjon
- nedsatt almentilstand, forsømmelse av hygiene
- livskrise, depresjon, angst, forvirring, suicidforsøk
- gjentatte innleggelser

Rusvurdering

I løpet av ca.15 måneder (fra april 2008 til ultimo august 2009) er 210 pasienter henvist til vurderingssamtale med ruskonsulenten. Jeg kan ha inntil 3 samtaler med pasient og/eller pårørende. Viktige

element i møte med pasienten er å vise respekt og lytte.

Pasienten oppfordres til å fortelle om sin livssituasjon og grunn for innleggelsen.

Det er utarbeidet et registreringsark med spørsmål om pasienten har barn og evt. alder, om pasienten er i arbeid, skole, trygd e.l., om pasienten er i behandling innen psykisk helsevern/ rusinstitusjon nå, evt. tidligere behandling. Pasienten får også spørsmål om foreldrene hadde psykiske-og/ eller rusproblem under pasientens oppvekst, da dette kan være medvirkende årsak til problematikken. Dersom pasienten angir problemfylt alkoholbruk, snakker vi om sammenhengen mellom alkohol og helse. Pasienten får spørsmål om alkoholens funksjon og vi drøfter hvordan endring kan skje hvis pasienten er motivert for å gripe fatt i drikkeproblemet.

Alkohol-audit fylles ut for å få et bilde av pasientens alkoholmønster. Det er 10 spørsmål som bl.a. omhandler hyppighet, når og hvor mye alkohol pasienten inntar, evt. skyldfølelse og om andre uttrykker bekymring for pasientens drikkevaner. Noen ganger blir det en oppvekker for pasienten å se "svart på hvitt" hvor høyt de scorer på denne testen.

I møte med pasienten, bruker jeg min lange kliniske erfaring for å danne meg et bilde av pasientens totalsituasjon og evt. gi råd om aktuelle tiltak.

Vi ser at mange bruker alkohol som "medisin" mot psykiske symptom og søvnvaner eller for å mestre stress. Da er det lett å komme i en vond sirkel, fordi alkohol kan være den egentlige årsak til pasientens depresjon, angst eller dårlige søvnkvalitet. En del av de som drikker for mye, har suicidale tanker og kan foreta suicidale handlinger når de ikke kan se noen vei ut av problemene. Dette kan være et rop om hjelp. Pga. problemets omfang og skamfølelse har pasienten ofte skjult drikkeproblemet for fastlegen. Under samtale med ruskonsulenten, oppfordres pasienten til å ringe legen og bestille ny time for å ha en "medspiller" under videre forløp.

Mer enn halvparten av de som er blitt henvist til rusvurdering i somatisk avdeling på SUS, har aldri tidligere vært i noen form for rusbehandling, til tross for at en del av dem bruker alkohol i stort omfang.

Ved prosjektets oppstart tenkte man at en samtale om alkoholvaner under innleggelse i sykehus kunne være en motivasjon for endring av alkoholmønsteret. Det kan nok skje, men vår erfaring er at mange av de henviste pasienter også ber om hjelp til å komme i kontakt med tiltak innen rus/psykisk helse e.l. Dette har ført til økt samarbeid mellom SUS/RAS, de kommuner pasientene kommer fra (1. linjen) og spesialisthelsetjenesten (2. linjen). Av de 210 pasientene som ruskonsulenten har hatt samtale med, er 90 blitt henvist til behandling i psykisk helse/rusvern, psykiatrisk sykepleier, hjemmehjelp, andre tiltak i kommunen som aktivitets-

senter, vernet bedrift, AA (anonyme alkoholikere) og familievernkantor. De fleste oppfordres til å bestille ny time hos fastlegen for oppfølging.

Konklusjon

Rogaland a-senter og Stavanger Universitetssykehus er tilknyttet "Health promoting hospitals" (HPH) som arbeider med utvikling av en integrert helse- og livsstilsstrategi.

Tanken på sikt er å kunne tilby helse- og rådgivning og andre intervensjoner innen underernæring, røykevaner, overvekt, fysisk aktivitet og alkoholforbruk som et forebyggende tiltak gjennom tidlig intervensjon.

I mai d.å. ble den 17. internasjonale konferanse i regi av "Health promoting hospitals" arrangert på Kreta. En setning vi brukte der var "Hospitalization as a teachable moment", dvs. at under innleggelsen skal pasienten få mulighet til å tilegne seg mer kunnskap om helseaspektet.

I sykepleietenkning har det alltid vært fokus på forebygging. Av de 210 pasientene som er henvist til ruskonsulenten så langt, kan vi regne med at hver enkelt av disse har 4 andre i sitt nettverk som er berørt av pasientens drikkevaner. Hvis pasienten får hjelp til å snu sine rusvaner, kan det kanskje forhindre utvikling av et rusproblem i pasientens nettverk.

At statlige midler er øremerket til et forebyggende tiltak som "tidlig oppdagelse – tidlig intervensjon" virker fornuftig og meningsfylt.

I London har tidlig intervensjon vært en del av tilbudet ved St. Mary's Hospital i 10 år.

ANS "alcohol nurse specialist" jobber med tidlig oppdagelse av alkoholproblem. De erfarer at tilbudet har ført til færre re-innleggelser og kortere sykehusopphold.

Ved innføring av rusreformen i 2004 var Stavanger Universitetssykehus meget bevisste på at reformen ikke bare angår det tradisjonelle rusfeltet fordi rusmiddelproblem framstår i mange grader og former som spesialisthelsetjenesten må forholde seg til.

Leger og sykepleiere ved SUS, som er involvert i prosjektet, gir uttrykk for at ruskonsulent i somatisk divisjon er et "must". Med den kunnskap vi har om alkoholrelaterte sykdommer og tallene som viser hvor mange av sykehusets senger som til enhver tid er belagt med personer som har rusrelatert lidelse, virker det riktig å videreføre erfaringene fra prosjektet til en permanent ordning.

Fra barnemunn:

*Hvis man blir redd,
kan man få frostskafer
i hodebunnen.*

BOKANMELDELSER

Titel: Himmel, helvete och allt däremellan.
Om känslor

Författare: Anna Kåver

Förlag: Natur & Kultur

Recensent: Christina Reslegård

Stilen är bekant. Tankegångar, perspektiv och infallsvinklar har författaren haft förut. Som läsare kan det bli alltför igenkännligt – vad är det som är nytt?

Ann Kåver har skrivit en bok om känslor, om hur vi ska navigera i känslvindarna, hur vi ska öka acceptans och tolerans och bli bättre på att använda egna och andras känslor som en kompass. Slutsatsen är att känslösam människa är klok och förnuftig, just på grund av sin känslösamhet.

Vår hjärna är inte anpassad till nöjdhet, vi är inställda på att söka efter mer hela tiden. Detta trots att vi i vår tidsålder och med vår livsstil har tillfredsställt alla grundläggande behov. Visst är det fascinerande hur omodern och samtidigt komplex vår hjärna är? Varför gör inte evolutionen att det gamla icke-ändamålsenliga försvinner. I detta fall leder det ju faktiskt till att vi åter, konsumerar och arbetar oss till döds fast vi inte behöver! Vi strävar ständigt efter lycka vilken, enligt studier av Lyubomirsky, till 50% bestäms av arv, till 40% av eget beteende och endast till 10% av personliga omständigheter. I den omnämnda studien beskrivs ett försök där Timothy Bates lät mindre lyckliga människor härma de lyckligas beteende – och de upplevde sig bli lyckligare. Fake it until you make it!

Anna Kåver använder begreppet ”marktäckare” för att beskriva skammens funktion. Den döljer och tar över den ursprungliga känslan på ett sätt som ofta gör upplevelsen otydlig även för den som har den ursprungliga känslan. Ett användbart begrepp!

Känslor är varken rätt eller fel – en gammal sanning. Att vissa känslor däremot inte fungerar särskilt väl för oss, det blir tydligt i Anna Kåvers bok. Ingen känsla har ett inneboende, eget värde utan ska bedömas utifrån sin funktion för den enskilda människan. Vad säger känslorna till oss och hur ska vi hantera dem.

Anna Kåver bedriver i boken ”känslspaning” och citerar ett militärt talesätt; utan spaning - ingen aning. Känslspaning innebär att titta på ord, handlingar, tankar och tolkningar, upplevelser, uttryck, avläsning och eftereffekter – allt i anslutning till en aktuell känsla.

Detta är inte en bok om behandling men läsaren får med sig några råd om mindfulness, acceptans

och förändring. Råd från en klok och känslös författare!

Titel: Melankoliska rum

Författare: Karin Johannisson

Förlag: Albert Bonniers förlag

Recensent: Christina Reslegård

Är melankoli berikande för människan och kulturen eller är den ett hot mot samma människa och samma kultur? Vad säger melankolin som diagnos om sin samtid?

Idéhistorikern Karin Johannisson har skrivit en bok om den levda erfarenheten av melankoli, depression. *Är det, förresten inte språkligt märkligt att ordet melankoli idag betecknar en djupare nedstämdhet än depression? Jag har alltid tyckt att ordet melankoli mer låter som en benämning på vemod och sorgsenhet än på sjukdomen depression.* Boken bygger på studier av många olika källor; bland andra skönlitteratur, medicinska journaler, brev och fallbeskrivningar.

Boken tar upp flera aspekter på melankoli; förlust, likgiltighet, sårbarhet, leda, skräck, flykt, ångest, trötthet och vilshenhet. Vi rör också genom flera århundraden och får träffa historiska personer både ur verkliga livet och ur skönlitteraturens värld.

Melankolin är det psykiska lidandets urform. Melankolin kan vara självmords – svart, depressionens – grå, tomhets – vit eller stämnings – blå. Den kan visa sig som ångest, leda, längtan, trötthet, tomhet, rastlöshet eller njutningstvång. Ett bestämt tema finns alltid där; brist eller förlust. Förlust av något som man inte vet vad det är.

Melankoli – det är lyckan att vara sorgsen! *Victor Hugo*

Melankolin var historiskt sett manlig, ett tillstånd med hög status och rätt till ett mycket expressivt språk. Melankolins stereotyp var den utvalde mannen. De drabbade tillhörde samhällets översta skikt. Tiden gick och den manliga melankolin blev den kvinnliga depressionen. Depressionens stereotyp är den namnlösa kvinnan. Hur kom det sig att det blev så?

Förbluffande likheter kan skrapas fram mellan nervositet år 1900 och stress år 2000 som känslomässiga reaktioner på hög samhällslig förändringstakt och med just trötthet som nyckelsymtom. Vilken är den minsta gemensamma nämnaren – att vi vantrivs i den kultur vi lever i? Vilken trötthet gestaltas av vem och hur? Vilka värderingar ger tröttheten mening?

Den nervøsa trøttheten har föga med överansträngning att göra, menade Poul Bjerre redan på 1920-talet. Han var då Stockholms favoritterapeut. Han ansåg att det som gjorde individen utmattad var det "inre komplexarbetet" det vill säga kampen för att hantera känslor, impulser, felaktiga val, motgångar, osäkerhet och mindervärdeskänslor. Detta att jämföra med hur synen på utbrändhet (eller hellre utbränning) förändras nu i början av 2000-talet – det är inte så enkelt som vi trodde att placera ohälsans orsaker på arbetsplatsen och det räcker inte alltid med KBT!

Idag är melankolin medikaliserad och kallas depressiv sjukdom. Individen som behandlas (med farmaka) uppfattar sig ofta som normal men också utan sin originalitet – melankoli utan melankoli?

Världens tårar är konstanta – så spelar det någon roll vad vi kallar dem? *Samuel Beckett*

För att följa melankolin som upplevd erfarenhet måste den delas upp i sina minsta beståndsdelar – till exempel nedstämdhet, sorg, vrede, ångest förlamning och gråt. Karin Johannisson konstaterar att panikångest är ett modernt fenomen som namn och diagnos men inte som upplevd erfarenhet. Tillståndet beskrevs redan på 1600-talet som en särskilt förintande del av den melankoliska känslan.

Jag njuter (faktiskt) av att visats i de melankoliska rummen och jag längtar redan efter att se och höra Karin Johannisson och Ann Heberlein tillsammans

på bokmässan i Göteborg. Deras seminarium där heter "Själens mörker nu och då" och äger rum på lördag 25 september.

Titel: Den dagen min dotter blev galen

Författare: Michael Greenberg

Förlag: Albert Bonniers förlag

Recensent: Christina Reslegård

En av de värsta mardrömmarna för en förälder blir verklighet för Michael. Hans 15-åriga dotter insjuknar hastigt i en psykos under ett sommarlov. Pappa Michael beskriver med värme sin känsliga dotter som är en speciell person med speciella egenskaper men också med en tydlig skörhet och vissa svårigheter genom uppväxten.

Hennes beteende blir under några sommardagar allt mer bisarrt och det slutar med intagning på ett psykiatriskt sjukhus. Sjukhusmiljön är tuff framför allt för en 15-åring. Sally får så småningom diagnosen bipolär sjukdom.

Boken utspelar sig i en kreativ och konstnärlig miljö på Manhattan, New York. Michael är journalist och manusförfattare och hans hustru är dansare. Boken, som är verklighetsbaserad, är en fin skildring av hur maktlös en förälder känner sig. Här finns förvirring, skuldskänslor och skam tillsammans med omtanke och kärlek till barnet. Berättelsen handlar framförallt om insjuknandet och det första vårdtillfället. Summariskt får man veta hur det sedan gick för Sally.

Britt Haukø og John H. Starnes

BARNAS TIME

En temafokuserat barne- og familiesamtale når mor eller far har psykiske lidelser og/eller rusavhengighet

Boken handler om metoden Barnas Time, som er en informasjons- og spørretime for barn, foreldre og andre nærpå personer når foreldre har psykiske problemer og/eller rusproblemer de har søkt hjelp for. Boka er ment som et arbeidsverktøy for fagpersoner og studenter som vil planlegge og gjennomføre forebyggende tiltak for barn i samarbeid med foreldre.

Både foreldre og barn er sårbare i slike situasjoner. Boken tar opp hvordan helsepersonell kan nærme seg foreldre og barn på en ærlig og respektfull måte, sette ord på problemer og tilby hjelp. Metoden kan også brukes ved annen alvorlig sykdom eller skade hos foreldre.

Pris kr 295,- hft. ISBN 978-82-519-2420-7 2009



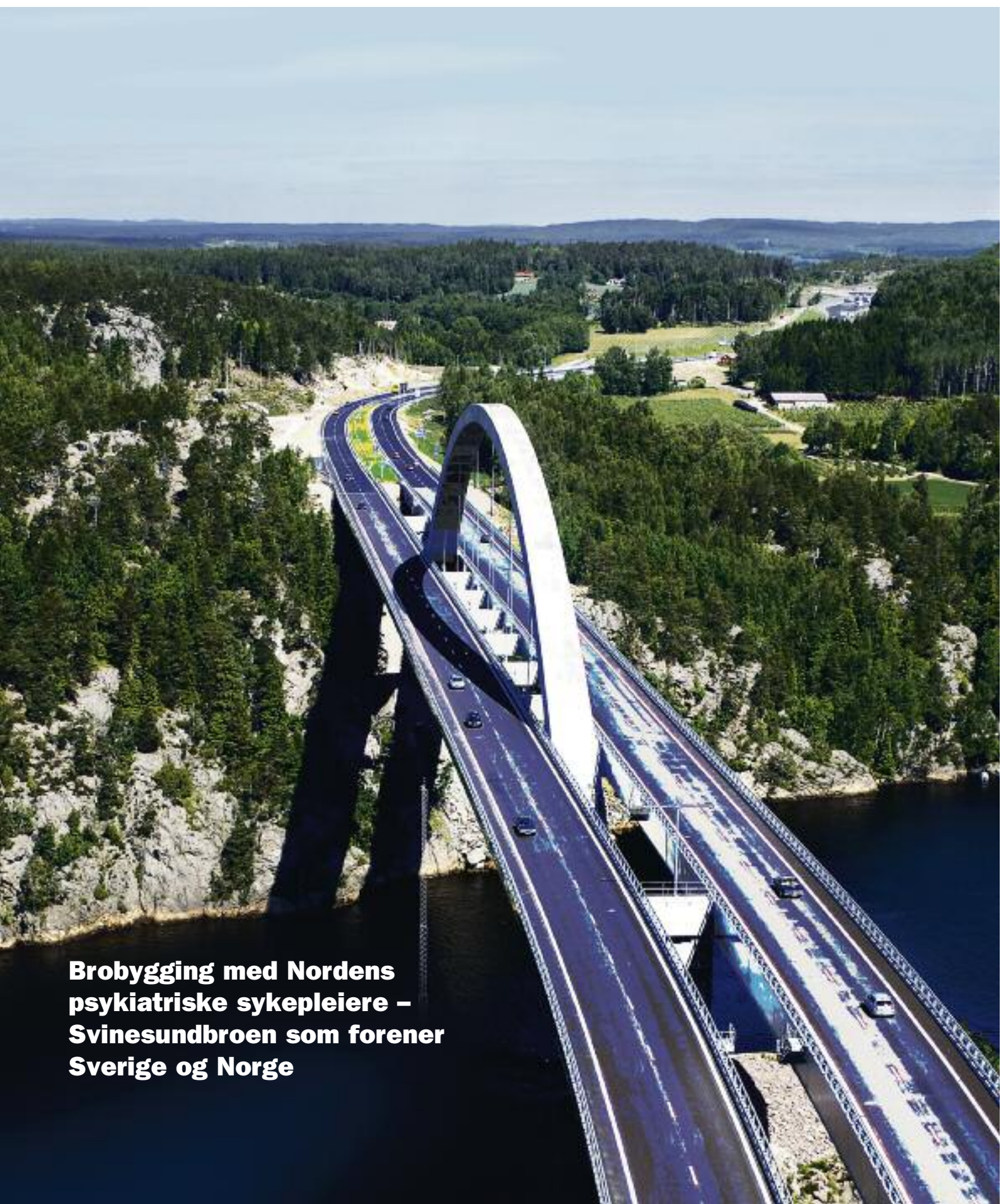
Britt H. Haukø er psykiatrisk sykepleier med 30 års praksis fra voksenpsykiatrien. Hun er ansatt ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos, der hun har hatt ansvar for å utvikle, gjennomføre og kvalitetssikre arbeidet med Barnas Time. Hun har publisert flere artikler og holdt foredrag rundt om i Norge om Barnas Time.



John H. Starnes er utdannet sykepleier og pedagog. Han arbeider som førstelektor ved Høgskolen i Namsos og ved Namsos Opplæringscenter. Han har lang erfaring fra helsefag og spesialpedagogikk og har publisert en rekke arbeider innenfor det spesialpedagogiske feltet og om Barnas Time.

Karen Glistrup, forfatter av boken *Det barn ikke vet... har de vondt av*, skriver:

I BARNAS TIME brydes tavsheden. Der bliver skabt sprag i familien om sygdom, angst, sorg, glæde og kærlighed. Når vi taler om virkeligheden styrkes børnenes oplevelse af sammenhæng. En vigtig byggesten til barnets sunde udvikling er lagt. Jeg ønsker alle læsere rigtig god fornøjelse med læsning af denne vigtige bog.



**Brobygging med Nordens
psykiatriske sykepleiere –
Svinesundbroen som forener
Sverige og Norge**